جامعة اليرموك
كليـــــة التربية
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي

أثر برنـامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التـالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن

The Effect of Cognitive Behavioral Counseling Program in Reducing The Level of Post-traumatic Stress Disorder Among a Sample of Displaced Syrians to Jordan

إعداد

موفق طـالب الإبراهيم

إشراف

الدكتور قـاسـم سمـور

حقل التخصص – الإرشاد النفسي والتربوي

2013

أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن

إعداد

موفق طالب خضر الابراهيم

ماجستير الإرشاد النفسي والتربوي، الجامعة الأردنية، 1996م

قُدمت هذه الرسالة استكمالاً لمتطلبات الحصول على درجة دكتوراه الفلسفة في تخصص الإرشاد النفسي والتربوي في جامعة اليرموك، إربد، الأردن.

وافـــق علـيـهـا

قاسم محمد سمور .... رئيساً

أستاذ مشارك في علم الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

رافع عقيل الزغول .... عضواً

أستاذ في علم النفس التربوي، جامعة اليرموك

شفيق فلاح علاونه .... عضواً

أستاذ في علم النفس التربوي، جامعة اليرموك

عبد الكريم محمد جرادات .... عضواً

أستاذ مشارك في علم الإرشاد النفسي، جامعة اليرموك

سعاد منصور غيث .... عضواً

أستاذ مشارك في علم الإرشاد النفسي والتربوي، الجامعة الهاشمية

تاريخ مناقشة الرسالة 10\6\2013م

الإهــداء

إلى الشمس التي أعطتني الدفء والحب والحنان............

أمي يرحمها الله

إلى القمر الذي أنار لي دربي بتوجيهاته وحكمته........

أبي العزيز أطال الله عمره.

إلى النجوم التي نورت حياتي ....

أبنائي: سيف الإسلام وسندس والمعتصم وتسنيم وعبد الرحمن.

إلــــــى رفيقة دربي................

زوجتـــــي الغالـــيــــــة.

أهدي ثمرة جهدي المتواضع

آملا أن يتقبله الكريم صدقه جارية

الباحث

موفق الإبراهيم

شكر وتقدير

الحمد لله رب العالمين والصلاة والسلام على رسوله الكريم نبينا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

يقول الله سبحانه وتعالى: "**وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحاً تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ**" (النمل:19)

بداية أشكر الله سبحانه وتعالى، الذي يسر لي أمري وأمدني بالعزم والصبر على مواصلة دراستي.

يقول الرسول الكريم صلى الله عليه وسلم: **((من صُنع إليه معروف، فقال لفاعله: جزاك الله خيراً، فقد أبلغ في الثناء))**، لذلك فإنني أقول للدكتور قاسم سمور الذي أشرف على الرسالة، وأعطاني من وقته وجهده، ولم يبخل عليّ بمعلوماته وإرشاداته ونصائحه القيمة جزاك الله خيراً.

كما أوجه شكري وتقديري إلى لجنة المناقشة، الذين تفضلوا بقبول مناقشة أطروحتي هذه، وأدامكم الله ذخراً للعلم والعلماء.

أما من شجعني على مواصلة دراستي، ومنحني الحب والرعاية والوفاء، فهم خلاصة الود والتقدير والاحترام، فوجودهم في سويداء القلب مفخرة، فلهم كل شكري وتقديري واعتزازي، والدتي – يرحمها الله– ووالدي وزوجتي وأولادي وإخواني وأخواتي.

وأتوجه بالشكر الجزيل إلى موظفي مؤسسة العناية بصحة الأسرة– مؤسسة نور الحسين، العاملين في مخيم الرمثا/ الحدائق؛ لما قدموه لي من تسهيل لمهمتي في تطبيق البرنامج.

وأتوجه بالشكر والتقدير والعرفان لكل من علمني حرفا، ومن أسهم في إنجاز هذا العمل.

قائمة المحتويات

الفصل الرابع – نتائج الدراسة

الفصل الخامس – مناقشة النتائج والتوصيات

قائمة الجداول

قائمة الملاحق

الملخص

الإبراهيم، موفق طالب. أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن. أطروحة دكتوراه، جامعة اليرموك، 2013. (المشرف: د. قاسم سمور)

هدفت هذه الدراسة معرفة مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من المهجّرين السوريين إلى الأردن. كما هدفت الدراسة أيضا معرفة أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهم.

وتكون مجتمع الدراسة من جميع المهجّرين السوريين إلى الأردن، البالغ عددهم (450000) فرداً، حتى شهر شباط من عام 2013م. وتكونت عينة الدراسة من (310) أفراد من السوريين المهجّرين –ذكوراً وإناثاً– الذين يعيشون في مخيم الرمثا/ الحدائق، واختيروا بطريقة عشوائية، وطبق عليهم مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدافيدسون، وقد بلغ معامل الاستقرار (0.697)، ومعامل الاتساق الداخلي (0.89).

كما اختيرت عينة أخرى، قوامها (24) فرداً من المهجّرين السوريين، الذين حققوا أعلى الدرجات على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ووزعوا عشوائياً إلى مجموعتين: مجموعة تجريبية، وعدد أفرادها (12) فرداً، ومجموعة ضابطة، عدد أفرادها (12) فرداً. وتلقى أفراد المجموعة التجريبية برنامجاً إرشادياً معرفياً سلوكياً، في حين لم يتلقَ أفراد المجموعة الضابطة أيَّ برنامج إرشادي.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

أشارت النتائج إلى أن (47.7%) من أفراد العينة يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

كما بينت نتائج تحليل التباين المصاحب وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α =0.05) بين المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة على درجة مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة لصالح المجموعة التجريبية بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة؛ أي أن البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي له أثر إيجابي في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وأشارت نتائج اختبار (ت) إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (α =0.05) بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة بعد الانتهاء من البرنامج مباشرة، ودرجات المجموعة التجريبية بعد مرور شهر من الانتهاء من تطبيق البرنامج.

الكلمات المفتاحية: برنامج إرشاد معرفي سلوكي، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، المهجّرين.

الفصل الأول

خلفية الدراسة

المقدمة

شهد عدد من الدول العربية في الفترة الأخيرة مظاهرات وثورات مطالبة بالإصلاح والتغيير عرفت بالربيع العربي، وفي كثير من الدول قوبلت هذه المظاهرات بالعنف والاعتقال والقتل والتدمير، مما دفع العديد من الأفراد إلى ترك بلادهم، والهروب إلى الدول المجاورة طلبا للأمن، وهربا من التعذيب والقتل والتدمير الذي تعرضوا له أو شاهدوه، وهذا ما يسبب –عادة– قلقاً وتوتراً وضغوطاً واضطرابات نفسية متعددة.

والشعب العربي –عبر تاريخه– من أكثر الشعوب تعرضاً للأزمات والصدمات النفسية الناجمة عن الحروب والكوارث التي صنعتها يد الإنسان. ففي كل بلد عربي– يظهر أن التاريخ يتحدث عن المصائب التي حدثت من الخارج أو الداخل– صدمات اخترقت وتخترق بنية الإنسان المادية والنفسية، لتمزقها وتتركها مشوهة تمتد آثارها لسنوات عديدة وربما طوال العمر، مخلفة وراءها الحزن واليأس والاستسلام والخوف من المجهول، والإحساس بعقدة الضحية الفاقدة للثقة بكل ما حولها، تتوقع الخطر في كل لحظة (رضوان، 2006).

وتعد الكوارث التي يصنعها الإنسان من أكبر مصادر الضغوط عليه، ومنها الحروب والاغتصاب والخطف، وكلها مواقف عصيبة تكسر الإيقاع السوي للحياة اليومية، وتعد خروجا على المألوف والعادي والمتوقع، وينجم عنها قدر من الذلة أو المهانة أو احتقار الإنسان لنفسه وعدم توقيره لها، ولا يكون ذلك غالبا لذنب جنته يداه، بل يكون نتيجة قسر أو قهر أو إكراه (عبد الخالق، 1998).

ويقول فورستر (Forster, 2010) إنه في كل عام، وفي جميع أنحاء العالم، يضطر ملايين عدة من الناس إلى ترك منازلهم قسرا، وينضمون إلى صفوف الأفراد الذين يعرفون باسم الأفراد المهجّرين (Displaced Persons, DPS). ويقول أبو طالب (2011) إن التهجير القسري والمفاجئ من مكان يمثل للإنسان خصوصيته وحياته وذكرياته وتاريخه يشكل صدمة عنيفة للكبير والصغير، صدمة تربك التوازن النفسي، فقد يدخل الشخص في حالة من الإحباط أو القلق أو الانطواء، وإذا ما توفرت له حاجات المعيشة، فيجب ألا نهمل العناية بالجانب النفسي؛ لأن تبعاته على المدى الطويل أهم وأخطر.

يقول سكميدت وكرافك واهليرت (Schmidt, Kravic & Ehlert, 2008) في التاريخ الحديث غالبا ما يصبح السكان المدنيون هدفا للعنف السياسي، فيضطر الكثير من السكان ممن بقي على قيد الحياة إلى الهروب إلى مناطق أخرى من بلده أو الهروب خارج البلد. ونظرا لزيادة حجم حركات المهجّرين العالمية، فإن التهجير القسري يؤثر سلبا على الصحة النفسية لهم، فالمهجّرون يعانون من الضغط الحاد والتوتر جراء تهديد حياتهم خلال فترة ما قبل الهجرة، وحتى بعد الهجرة نفسها يعاني المهجّرون من تراكم مستمر للضغوطات النفسية، بالإضافة إلى ضغوط التكيف في المكان الجديد؛ لذلك فقد وجدت معدلات عالية من اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجّرين في جميع أنحاء البلدان المضيفة لهم. وبعد عقدين من توطين اللاجئين المهجّرين الكمبوديين في الولايات المتحدة الأمريكية، تم تشخيص اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند 62% منهم.

ومن الواضح أن مصادر الضغوط الواقعة على الإنسان المعاصر قد لا تنتهي، علما بأنها تختلف من فرد إلى أخر، ومن مرحلة إلى أخرى من مراحل النمو، أو التطور لدى الفرد الواحد. وقد دلت البحوث النفسية والطبية النفسية على أن التعرض للمواقف العصيبة التي تستمر

زمنًا لا تسبب القلق المزمن فحسب، بل إنّها أيضا تزيد من معدلات كل من المرض، والوفاة، ومظاهر تقدم العمر قبل الأوان(عبد الخالق، 1998).

ومن بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً التي تبتلى بها الشعوب المنكوبة بالحروب وبأنظمة متسلطة، اضطراب الضغوط التالية للصدمة، حيث يعود الفضل في اكتشاف هذا الاضطراب إلى الحرب الفيتنامية في سبعينات القرن الماضي، فقد كشفت الدراسات النفسية عن وجود نصف مليون محارب أمريكي يعانون هذا الاضطراب بعد مرور (15) سنة على انتهاء تلك الحرب (بلانش، 1985: 300). فأهوال الحرب التي بدت على الجنود بعد الحرب العالمية الثانية وحرب فيتنام كانت هي الداعي الأهم لتحديد تصنيف خاص لهذه الاضطرابات، فالحروب هي أقصى أشكال العدوان البشري التي من الممكن أن تكون بمثابة صدمة جماعية شاملة (سعدا، 2003).

وقد وجد أن 50%-80% ممن يتعرضون لصدمات قوية يمكن أن يقعوا ضحية اضطراب الضغوط التالية للصدمة، إلا أن انتشاره بشكل عام بين الناس لا يتجاوز 5% (فرج، 2009، 147).

وفي دراسة فورستر (Forster, 2010) تبين أن أعداد المهجّرين المسجلين في المنظمة العالمية لشؤون اللاجئين في ازدياد مستمر، حيث بلغ عام 2000م، 21.8 مليون شخص، لكنه بلغ في عام 2008م 25.1 مليون شخص.

وفي خطاب المفوض السامي لشؤون اللاجئين انطونيو غوتيريس (Antonio Guterres) أمام مجلس الأمن يوم 2013/4/18 قال إن عدد السوريين المسجلين لاجئين أو في انتظار التسجيل بلغ 1367413 فرداً، يتواجدون في تركيا ولبنان والأردن. ومن المتوقع أن يصل العدد في نهاية عام 2013 إلى 3.5 مليون لاجئاً سورياً. ومن جهة أخرى قال المتحدث

باسم المفوضية ميليسا فليمنج (Melissa Fleming) خلال حديثة مع عدد من الصحفيين يوم 2013/4/12 في قصر الأمم المتحدة في جنيف إن معدل دخول السوريين إلى الأردن بلغ في المتوسط 2000 شخص يومياً، وأن عدد اللاجئين السوريين في الأردن سيصل إلى نصف مليون لاجئ في نهاية هذا الشهر (المفوضية السامية للأمم المتحدة لشؤون اللاجئين، 2013).

ويقول دوروسارو واجيبوي واولاوي واديبانك (Durosaro, Ajiboye, Olawuyi & Adebanke, 2012) إن العلاج المعرفي السلوكي هو أسلوب حديث وفعال في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة مع جميع فئات الأفراد. ويضيف بتيرسون ولايثك وبوره وميكاكان (Peterson, Luethcke, Borah & McCaughan, 2011) أنّ علاجات بديلة ظهرت لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مثل: العلاج بالطاقة، واليوغا، والعلاج المستند إلى الحيوان (Animal–based Therapies)، والتأمل، وتا تشي (tai chi)، والعلاج بالتدليك، الريكي (Reiki)، وغيرها من العلاجات، لكن مركز العلاج الارشادي (Clinical Practice Guideline) في وزارة الدفاع الأمريكية أوصى باستخدام العلاج المعرفي السلوكي (العلاج المعرفي، والعلاج بالتعريض، والتحصين التدريجي للضغوط، وتقليل الحساسية بالعين).

اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

في عام 1980 تم رسمياً تصنيف (اضطراب الضغوط التالية للصدمة) كفئة مرضية مستقلة في الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث للاضطرابات النفسية DSM III الذي تصدره الرابطة الأمريكية للطب النفسي، في حين كانت التسمية العلمية لهذه الفئة التشخيصية من الأمراض غير محددة تماماً، وعلى الرغم من أن التسمية حديثة إلا أن المشكلة تعتبر قديمة قدم حياة الإنسان، ويتضح ذلك من أن الظاهرة سجلها الأطباء والفلاسفة والمؤرخون منذ الحضارات القديمة، وتناولوها بأشكال وتفسيرات عديدة مختلفة (سعدا، 2003). ولعل ابن سينا هو أول من

درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، فقد قام بربط حمل وذئب في غرفة واحدة، دون أن يستطيع أحد ما مطاولة الآخر، فكانت النتيجة هزال الحمل وضموره ومن ثم موته، وذلك على الرغم من إعطائه نفس كميات الغذاء التي كان يستهلكها حمل يعيش في ظروف طبيعية (النابلسي، 1991). واضطراب الضغوط التالية للصدمة له علاقة بردود الأفعال تجاه الضغوط كافة مهما اختلفت أنواعها، ولكن العلماء كانوا يستعملون بعض العبارات بدل اضطراب الشدة بعد الصدمة، فالاضطرابات الناجمة عن الكوارث البشرية كالحروب، أو الكوارث الطبيعية كالزلازل والحرائق، أو العنف المنزلي بكل أشكاله كان لها تسميات أخرى، مثل عصاب المعارك أو متلازمة قلب الجندي أو صدمة القصف Shell Shock، أو متلازمة صدمة الاغتصاب Trauma Syndrome Rape، أو أزمة المرأة المعتدى عليها Battered Woman Syndrome، أو متلازمة الإساءة للطفل Child Abuse Accommodation Syndrome، كل هذه المفاهيم وغيرها صارت تعرف على أنها تمثل أشكالاً لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولاضطراب الضغوط التالية للصدمة عدة تسميات باللغة العربية، فقد يسمى أحياناً اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة- اضطراب الشدة النفسية عقب التعرض للصدمة- اضطراب الضغوط التالية للصدمة- اضطراب عُقبى الكرب الرضخي، وكلها تشير إلى نفس متلازمة الأعراض، لكن ما يحسم هذا التعدد هو التسمية الأجنبية: Post-Traumatic Stress Disorder ، ويعرف اختصاراً بـــ (PTSD) (سعدا، 2003).

وقد جاءت كلمة الصدمة Trauma في اللغات الأوروبية من الكلمة اليونانية "جرح أو يجرح"، وهي مصطلح عام يشير إما إلى إصابة جسمية سببتها قوة خارجية مباشرة، أو إلى إصابة نفسية تسبب فيها هجوم انفعالي متطرف. كما تشير الصدمة إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية ومؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها

والتغلب عليها. وتعرف الصدمة أيضا بأنها أي حادث يهاجم الإنسان، ويخترق الجهاز الدفاعي لديه مع إمكانية تمزيق حياة الفرد بشدة. وقد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي إذا لم يتم التحكم فيه والتعامل معه بسرعة وفاعلية. وتؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق والعجز أو الرعب (عبد الخالق، 1998).

وتعتبر لينور تير (Lenore Terr) من الرواد في العمل حول الصدمة، وقد صنفت الصدمة إلى نوعين، هما:

- النوع الأول، حيث يكون الحدث الصدمي فريدا، وله بداية ونهاية محددتان (مثل حريق، أو كارثة طبيعية).
- النوع الثاني، وهنا يكون الحدث متكرراً وحاضراً باستمرار، وهناك تهديد بأن يتكرر في أي وقت ولمدة طويلة من الزمن (العنف العائلي، والاعتداءات الجنسية، والحروب ... إلخ). والصدمة الناتجة عن الاعتداء الجنسي أو التعذيب هي من النوع الثاني، حتى ولو أن العامل الضاغط حدث مرة واحدة في حياة الشخص (مسعودة، 2012).

ويقول جيفادي ويادولاهاي (Javidi & Yadollahie, 2012) إنه يمكن تصنيف اضطراب الضغوط التالية للصدمة إلى نوعين:

1. اضطراب الضغوط التالية للصدمة الحاد إذا استمرت الأعراض أقل من ثلاثة أشهر.
2. اضطراب الضغوط التالية للصدمة المزمن إذا استمرت الأعراض أكثر من ثلاثة أشهر.

تعريف الصدمة النفسية

تعرِّف الرابطة الأمريكية للطب النفسي في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM–IV) **الصدمة النفسية** بأنها: (التعرض لحدث صدمي

ضاغط Traumatic Stressor على نحو مفرط الشدة، متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم شخص عن موت غير متوقع أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين (American Psychiatric Association, 2000, P. 463).

تعريف اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يُعرّف اضطراب **الضغوط التالية للصدمة** بأنه مجموعة من الأعراض المميزة التي تعقب فشل الفرد في مواجهة متطلبات حدث مؤلم من خلال الأنماط العادية للسلوك المتوافر لديه، وخاصة في غياب المساندة الاجتماعية، فيشعر بالعجز في مواجهة الحدث. وقد تأخذ هذه الأعراض إحدى صورتين:

1- استعادة خبرة الحدث المؤلم عن طريق التخيل والأحلام أو الأفكار التي يستدعيها الفرد أو التي تقتحم عليه تفكيره.

2- إنكار الحدث، وينعكس ذلك في السلوك التجنبي الذي يصدر عن الفرد، الذي يشمل التقليل من الاستجابة للعالم الخارجي، والشعور بالعزلة، وعدم الاهتمام بالأنشطة، وضعف الاستجابات الوجدانية، واللجوء إلى المخدرات (محمد، 2000).

ويعرف أرثر (Arthur, 1989) اضطراب الضغوط التالية للصدمة: (PTSD) بأنه اضطراب نفسي يترافق مع أحداث صادمة شديدة. وتتضمن الأعراض الكلاسيكية (classic symptoms) إعادة معايشة الصدمة في الأحلام، وفي الصور الذهنية والأفكار، والشعور العام بعدم القدرة على التعبير عن المشاعر، وذلك بعدم إظهار مشاعر إيجابية تجاه الآخرين،

والشعور بعدم الرغبة في التفاعل مع العالم الحقيقي، والابتعاد عن العلاقات الاجتماعية، وعدم الاهتمام بالأعمال التي كانت موضع الاهتمام في السابق، ونسيان الحديث أو عدم القدرة على الحديث عن جوانب مهمة من الصدمة، والإحساس بالذنب لكونه باقيا على قيد الحياة، بالإضافة لاضطرابات النوم، والاستثارة الزائدة. ويشخص الاضطراب عموما كأحد اضطرابات القلق.

ووفقا للمركز الوطني لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة (NCPTSD, 2010) (National Center for Post–Traumatic Stress Disorder) الذي عرف اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أنه: أحد اضطرابات القلق يطوره الفرد بعد تعرضه لحادث صدمي أو أذى جسدي أو تهديد، وتظهر لدى الفرد ذكريات اقتحامية، وإعادة معايشة الحدث مجددا، والأفكار المخيفة الثابتة، وhضطرابات في النوم، والتفكك العاطفي (المركز الوطني لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة، 2010).

أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يقول دوروسارو وآخرون (Durosaro et al, 2012) إن هناك ثلاث فئات من **أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة** تظهر بسهولة عند المهجّرين، وهي:

1- إعادة معايشة الحدث الصادم، الذي يحدث بطرق عدة، وهذه تبدو السمة الرئيسية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتعتبر الكوابيس المتكررة، واقتحام ذكريات التجارب المؤلمة مثل الاغتصاب، أو رؤية شخص يُقتل، أو تعذيب أحد أفراد الأسرة، أو الاختطاف شائعة جدا عند المهجّرين. كما أن الذكرى السنوية للحادث قد تسبب عند المهجّرين ردود فعل جسدية، مثل زيادة ضربات القلب، وسرعة التنفس، والغثيان، وتوتر العضلات، والتعرق.

2- التخدر العاطفي، الذي يبدأ بعد وقوع الحادث بوقت قريب، فيتجنب المهجر الأصدقاء وأفراد الأسرة والأنشطة والأماكن والأفكار والمشاعر التي تذكره بالصدمة، مما يؤثر على عمله، وقد يدخل في حالات تفكك تستمر من بضع دقائق إلى أيام عدة، يعتقد خلالها أنه يعيش في الحادث الصدمي، ويتصرف كما لو أنه يحدث مرة أخرى، وقد تشمل حالات التفكك فقدان الذاكرة.

3- زيادة الاستثارة، وتتضمن التغير في أنماط النوم وزيادة اليقظة، وكذلك التهيج الملحوظ، ونوبات الغضب وصعوبة التركيز، والذهول.

المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية (Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorders DSM-IV)، **هي:**

أ- تعرض الشخص لحدث صادم يتوافر فيه ما يأتي:

1- عايش الشخص (أو شهد أو واجه) حدثا أو أحداثا تشتمل على موت أو جرح خطير، حقيقي أو مهدد، أو تهديد للسلامة الجسمانية له أو لأشخاص آخرين.

2- اشتملت استجابة الشخص على خوف أو عجز أو ذعر شديد.

ب- تعاد معايشة الحدث الصادم باستمرار بطريقة أو (أكثر) مما يأتي:

1- ذكريات مؤلمة للحدث، تعاود الشخص وتقتحم وعيه، وتتضمن صوراً ذهنية أو أفكارا أو إدراكات حسية.

2- أحلام مزعجة متكررة تدور حول الحدث الصادم.

3- يتصرف الشخص ويشعر كأن الحدث الصادم قد عاوده (يتضمن ذلك إحساسا بإعادة معايشة، وخداعات حسية، وهلاوس، ونوبات ارتجاع فني انشقاقية، بما فيها تلك التي تحدث عند الاستيقاظ أو في أثناء النوم).

4- كرب نفسي شديد لدى التعرض لمشعرات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحدث الصادم أو تشبه جانبا منه.

5- تفاعل فسيولوجي حاد لدى التعرض لمشعرات داخلية أو خارجية ترمز إلى الحدث الصادم أو تشبه جانبا منه.

ج- التجنب الدائم للمثيرات المرتبطة بالصدمة، وخدر (تبلد) في الاستجابات العامة (لم يكن موجودا قبل الصدمة) كما يتبين في ثلاثة أو أكثر مما يأتي:

1- محاولات لتجنب الأفكار أو المشاعر أو المحادثات المرتبطة بالصدمة.

2- محاولات لتجنب الأنشطة أو الأماكن أو الشخصيات التي تثير ذكريات الصدمة.

3- عدم القدرة على تذكر جانب مهم من الصدمة.

4- نقص ملحوظ في الاهتمام أو المشاركة في أنشطة مهمة.

5- الإحساس بالانسلاخ أو الاغتراب عن الآخرين.

6- ضيق المجال الوجداني

7- الإحساس بأن المستقبل لن يطول.

د – توجد بشكل دائم أعراض زيادة الاستثارة (لم تكن موجودة قبل الصدمة) كما يتبين في اثنين (أو أكثر) مما يأتي:

1- صعوبة البدء في النوم أو مواصلته.

2- النزق أو انفجارات الغضب.

3- صعوبة التركيز.

4- زيادة اليقظة (التوجس).

5- زيادة استجابة الإجفال.

هـ - مدة الاضطراب (أعراض المعيار "ب" و" ج " و" د") أكثر من شهر.

و- يؤدي الاضطراب إلى كرب دال إكلينيكيا أو إعاقة للأداء الاجتماعي أو المهني أو الوظائف المهمة الأخرى (السماك ومصطفى، 2001).

أما **المحكات التشخيصية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب منظمة الصحة العالمية الخاص بالاضطرابات العقلية والسلوكية** Mental and Behavioural Disorders (World Health Organization ICD-10) 1994، فهي:

1- أن يتعرض المريض لحدث ضاغط أو ظرف يتضمن تهديداً استثنائياً أو فاجعاً (سواء استمر هذا الظرف لفترة طويلة أو قصيرة)، الذي قد يسبب الضيق لدى أي شخص تقريبا.

2- يجب أن يكون هناك تذكر متكرر أو (إعادة إحياء) للحدث الضاغط، وذلك على شكل صور اقتحامية، وذكريات حية، وأحلام متكررة، أو استعادة الخبرة الضاغطة عند التعرض لظروف مشابهه أو مرتبطة بالحدث الضاغط.

3- يُظهر المريض تجنباً حقيقياً أو انتقائياً للظروف المشابهة أو المرتبطة بالحدث الضاغط، التي لم تكن تظهر لديه قبل التعرض للحدث الضاغط.

4- يجب أن يظهر أي مما يأتي:

أ- عدم القدرة على استدعاء بعض الجوانب المهمة لفترة التعرض للحدث الضاغط سواء أكان جزئيا أم كليا.

ب- أعراض متكررة من زيادة الحساسية النفسية والاستثارة (لم تكن موجودة قبل التعرض للحدث الضاغط)، التي تظهر من خلال أي اثنين مما يأتي:

- ❖ صعوبة البدء في النوم أو البقاء نائما.
- ❖ عدم الثبات أو ثورات الغضب.
- ❖ صعوبة التركيز.
- ❖ التيقظ الزائد.
- ❖ استجابة إجفال مبالغ فيها.

5- المحكات (2، 3، 4) يجب أن تستمر (6) أشهر بعد التعرض للحدث الصادم، أو في نهاية مرحلة حدوثه (قد تتأخر بداية حدوثه أكثر من 6 أشهر، ولكن يجب تحديد ذلك بوضوح) (عكاشة، 2003).

مسببات اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يقول بيترسون وآخرون (Peterson et al., 2011) إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة أحد الاضطرابات النفسية القليلة التي يكون السبب فيها معروفاً، فإذا تعرض الشخص للحدث الصدمي أو شاهده، فقد يطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ويجب أن ننتبه إلى مجموعة من العوامل قبل التعرض للحدث الصدمي وبعد التعرض، تؤثر على شدة الأعراض ومدتها، فهناك ثلاثة عوامل تلعب دورا في تطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وهي:

أ- نوع الصدمة وشدتها.

ب-العوامل الفردية، مثل الجنس، والعمر، والحالة الاجتماعية والاقتصادية، والتعليم، والذكاء، والعرق، والتاريخ النفسي، والتعرض السابق للصدمة.

ج – العوامل البيئية مثل الدعم الاجتماعي، وضغوط الحياة بعد التعرض للصدمة.

وتشمل مسببات اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

1- **التعرض الفردي لتأثيرات العنف:** كالتهديد والسرقة (حوادث السلب والنهب أو حوادث السير)، أو الاختطاف/ الأخذ كرهينة، أو التصفية الجسدية، أو الإرهاب، أو معسكرات الاعتقال، أو الأسر، أو الاغتصاب، أو الاستغلال الجنسي، أو أعمال العنف الأخرى، أو التسبب بحادث شديد . . .إلخ.

2- **مشاهدة تأثيرات العنف:** مشاهدة حادثة أو أكثر من الحوادث المذكورة أعلاه. (وقد أصبحت كثيرة بسبب العولمة الإعلامية الكونية).

3- **العنف الجمعي:** المواجهات العسكرية والحروب الأهلية أو الطائفية أو العقائدية أو القبلية، التهجير، الهرب . . .إلخ.

4- **الكوارث الطبيعية:** كالزلازل والبراكين (حيث تؤثر الزلازل على شكل فقدان الأمان حيث يبدو ما كان حتى الآن أكثر شيء باعث على الأمن والاستقرار غير موثوق)، والحرائق الكبرى والصواعق والفيضانات (من نحو انهيار السدود)، والأعاصير وانهيار الجبال والانهيارات الثلجية . . . .إلخ.

5- **كوارث تكنولوجية:** كحوادث السيارات والسفن والقطارات والطائرات والحوادث النووية والكيميائية والكهربائية.

6- **الإرهاقات الجسمية والنفسية الشديدة:** كالحروق والذبحات الصدرية والآفات القلبية والجلطات الدماغية، وحالات الألم والكي بالمواد الكيماوية والتشويهات، وأحياناً يكون مجرد معرفة تشخيص ما أو الإخبار بحدث مرهق أو مرض خطير العامل الذي يستثير هذا الاضطراب، كما لا يقتصر الأمر على المعنيين مباشرة بالحدث، بل ويحدث أيضًا مع الآخرين الذي لا يكونون معنيين بالأمر بشكل مباشر (وبشكل خاص الأقارب أو

الأصدقاء): المرض، أو الموت، أو العنف، أو الكوارث. وأحيانًا أيضًا الرؤية غير المتوقعة لإنسان ميت أو لجزء من الجسد سواء بشكل مباشر أو حتى في وسائل الإعلام (رضوان، 2006).

مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يقول أبو ندى وويستريج وبروك وكليستين Abu Nada, Westreich, Broeck &), Celestin, 2008) إن الآونة الأخيرة شهدت العديد من الدراسات التي درست مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ففي قطاع غزة وجد أن مستويات الاضطراب تتراوح من 10%–70%، بينما تتراوح مستويات الاضطراب بين الإسرائيليين 22%–25%. وبين الأطفال اللبنانيين 27%، وبين الأطفال المهجّرين الكمبوديين 48%، وبين الشباب البوسني 52%، وبين الأطفال العراقيين تراوحت المستويات ما بين 78%– 88%.

ويضيف جيفادي ويادولاهاي (Javidi & Yadollahie, 2012) أن 60.7% من الرجال و51.2% من النساء يتعرضون خلال حياتهم إلى صدمة واحدة على الأقل مع أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند النساء ضعف انتشاره عند الرجال، كما أن الاضطراب أكثر شيوعا بين البالغين والشبان، وذلك لأنهم أكثر عرضة للصدمات، مع أن الأطفال يصابون بهذا الاضطراب أيضا، وأن انتشار PTSD يختلف من مكان إلى آخر، ففي الصين 0.3%، وفي نيوزيلندا 6.1%، بينما ينتشر اضطراب الضغوط التالية للصدمة في ضحايا الجريمة من 19%–75%، ومعدلات تصل إلى 80% في حالات الاغتصاب، بينما تشير بعض التقارير إلى أن النسبة تتراوح من 30%–40% بين الضحايا المباشرين، وعند عمال الإنقاذ 15%–20%، بينما عند عامة الناس 4%، بينما لدى مقدمي خدمات الطوارئ

6%–32%، وعند رجال الإطفاء 21%. وأن أعلى معدل انتشار للاضطراب يكون في القوات المسلحة.

وتختلف معدلات انتشاره، فلقد لوحظ وجوده بالنسب الآتية:

- 3% بين المدنيين الذين تعرضوا لهجوم فيزيقي أي جسدي.
- 20.5% بين جرحى حرب فيتنام.
- 50% بين ضحايا الاغتصاب.

والنسبة نفسها بين جرحى الحرب العالمية الأولى والثانية، وكذلك ضحايا الحرب الكورية، التي وقعت في خمسينات القرن الماضي. ولكن وجد أن أكثر الصدمات انتشاراً تلك التي تعد الفرد وترشحه وتهيئه وتجعله مستعدا للإصابة بهذا الاضطراب هي فقدان شخص عزيز علينا، ويعد هذا الموقف مسؤولاً عن حوالي ثلث الإصابات، ففقدان عزيز علينا يمثل صدمة أو حدثاً صدمياً من أحداث الحياة الضاغطة.

وبالنسبة للفرق بين الجنسين فأيهما أكثر عرضة للإصابة بهذا الاضطراب النساء أم الرجال؟ إذا تعرض الجنسان للصدمة، فإن معدلات الإصابة بالمرض لدى النساء هي ضعف هذه النسبة لدى الرجال. والمرأة أكثر تأثرا بالأمور والأحداث العاطفية عن الرجال (العيسوي، 2007).

ويقول كيوكور واولدن ولي وديفيدي (Cukor,Olden, Lee & Difede, 2010) إن 8–9% من السكان يصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة في مرحلة ما من حياتهم، والأعراض التي تنشأ بعد الصدمة تتميز بأنها تسبب اضطراباً وظيفياً كبيراً وضائقة للفرد. ويزيد اضطراب الضغوط التالية للصدمة من حالات الانتحار، كما أن ثلث الحالات تستمر في إظهار أعراض الاضطراب بعد سنوات عديدة.

ويقول جريدن وفالينستين وسبينر وبلو وجورمان ودالاك وماركيوس وكيس (Greden, Valenstein, Spinner, Blow, Gorman, Dalack, Marcus & Kees, 2010) إن الحرس الوطني والاحتياط يمثل حوالي 40% من القوات المسلحة، حيث تمثل مليوني شخص، وهم منتشرون في أفغانستان والعراق، وقد وجد أن 25–40% منهم ظهر لديهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب واضطراب في النوم وأفكار انتحارية عند عودتهم إلى بلادهم.

وتكشف الدراسات التي أجريت على المستوى المجتمعي عن تقديرات لمعدلات الشيوع ولمدى الانتشار لاضطراب الضغوط التالية للصدمة تتراوح ما بين 1% و41%، مع اعتبار التنوع في طرق القياس والتقويم، وفي العينات المأخوذة من المجتمع. وتكشف الدراسات التي أجريت على الأشخاص المعرضين للخطر (مثل المحاربين القدامى، أو ضحايا الكوارث الطبيعية، أو جرائم العنف) عن معدلات تتراوح ما بين 3% و 85% (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

الاتجاهات النظرية في تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة

*** الاتجاه النفسي الديناميكي**

إن بداية اضطراب الضغوط التالية للصدمة يمكن أن تحدث بعد أشهر أو سنوات من تعرض الفرد لحادث صادم، ولأن فرويد كان قد عدّ صدمة الولادة، وما يصاحبها من إحساس الوليد بالاختناق بأنها تجربة القلق الأولى في حياة الإنسان، وأن منهج التحليل النفسي ينظر إلى الصراعات اللاشعورية التي تضرب بجذورها في مرحلة الطفولة أنها السبب في الاضطرابات النفسية عموما، فإن المنظرين النفسيين الديناميكيين اعتمدوا هذه الفكرة في تفسيرهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولقد حاول هوروتز (Horowitz, 1986) تفسير هذا الاضطراب

بنظرية نفسية ديناميكية خلاصتها أن الحادث الصدمي يمكن أن يجعل الفرد يشعر بأنه مرتبك تماما، ويسبب له الفزع والإنهاك. ولأن ردود الفعل هذه تكون مؤلمة فإن الفرد يلجأ إلى كبت الأفكار الخاصة بالحادث الصادم أو قمعها عمدا. غير أن حالة الإنكار هذه لا تحل المشكلة، لأن الفرد لا يكون قادرا على أن يجعل المعلومات الخاصة بالحادث الصادم تتكامل مع معلوماته الأخرى، وتشكل جزءا من الإحساس بذاته (صالح، 2006).

ولقد قدم التحليل النفسي تاريخياً تفسيرات عن عصاب المعارك الحربية لدى الجنـــود، وكان لفرويد في أوائل القرن الماضي كتاباته في هذا الشأن (مقدمة في ســيكولوجيا أعــصبة الحرب)، ودراسات حول (العصاب الصدمي) لدى الأشخاص الباقين على قيد الحياة بعد خبراتهم في معسكرات التدريب النازي، ويفترض هذا النموذج أن الشدة أو الصدمة قد أعادت تنــشيط صراع نفسي قديم غير محلول، وانبعاث أو تجدد الصدمة الطفولية ينتج عنها نكوص واستخدام للآليات الدفاعية، مثل: الكبت والإنكار والإلغاء. وينبعث الصراع من جديد حين يحدث الموقف الصادم وتحاول الأنا أن تسيطر على الموقف لتخفيف القلق. وبذلك نرى أن النظرية التحليلية قد اهتمت بالصراعات الداخلية عند المصاب، وقد أرجع فرويد سبب هذا الاضطراب إلى انبعاث المشكلات التي كان يعاني منها المصدوم في الطفولة، واستخدامه لإنزيمات الدفاع للسيطرة على القلق، وأن أي مكاسب أو محفزات خارجية –من بيئة الفرد– كالتعاطف والمحفزات المالية هي التي تعزز هذا الاضطراب أو تديمه، وبذلك يكون فرويد قد أغفل البيئة الخارجية للمــصابين، وركز على شخصيته قبل الإصابة بالصدمة (أبو نجيلة، 2001 :127).

وتقول حسنين (2004) لقد عدل فرويد في نظريته (الليبيدو وغرائز الجنس) على أساس ما شاهده من ظواهر مرضية تدل على وجود دوافع غريزية غير قابلة للتعديل، وتتكرر في حياة الفرد تكراراً آلياً، وتعارض دوافع الحياة معارضة واضحة، فقد لاحظ مثلاً في أثناء الحــرب

العالمية الثانية أثر عصاب الصدمة على الجنود الذين تعرضوا لصدمات نفسية مؤلمة في أثناء القتال، وكيف أن هذه الخبرات المؤلمة تتكرر في أحلامهم تكراراً آلياً، ولما كانت الأحلام عند فرويد هي وسيلة لإشباع الدوافع المكبوتة، والغرض من الإشباع هو الحصول على اللذة، وفي ضوء هذا لم يستطع أن يفسر ما يحدث للجنود، فما اللذة التي يحصلون عليها؟ لمـــاذا يكـــرر الجنود هذه الخبرات المؤلمة؟ واضطر فرويد للقول إن الإنسان لديه ميل غريزي عند الكـــائن الحي إلى هدم نفسه والرجوع إلى الحالة الأولى التي كان عليها، قبل الحياة، أو بمعنـــى آخـــر اضطر فرويد للقول بوجود غريزة أخرى هي غريزة التدمير أو الموت مقابل الحياة، ولذلك أعاد تقسيم الغرائز، فضم غرائز الذات وغرائز الجنس إلى نوع واحد من الغرائز هي غريزة الحياة، يقابلها غريزة الموت أو التدمير التي يمثلها في حياة الإنسان الفعل السادي، وساعد فرويد على الأخذ بهذا التقسيم عدد من الاعتبارات النظرية التي أيدها علم البيولوجيا من وجود عمليتي الهدم والبناء في حياة الإنسان، وأنهما تستمران ما استمرت الحياة، فهاتان العمليتان ترتبطان بغريزتي الموت والحياة، فغريزة الحياة تهدف إلى توجيه الذات إلى البناء وإلى التراكيب، بينما تهـــدف غريزة التدمير إلى تفتيتها هكذا تعمل هاتان المجموعتان من الغرائز في حياة الإنسان متحـــدتين ومختلطتين، فالحصول على اللذة الجنسية مثلاً يتضمن عنصراً سادياً، كما أنهما قـــد تعمـــلان منفصلتين عندما تنحرف السادية، وتعمل مستقلة وعلى انفراد.

*** الاتجاه البيولوجي- الكيميائي**

يقوم الاتجاه البيولوجي على افتراض أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى حدوث اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ولقد تم التحقق من هذا بإجراء العديد من الدراسات على التوائم، حيث بينت هذه الدراسات أن نسبة إصابة التوائم المتطابقة باضطراب الضغوط التالية للصدمة أكبر منها لدى التوائم الأخوية (Tilley,Tilton & Sandel, 2010).

كما افترض عدد من العلماء أن التعرض لحادث صدمي يؤدي إلى إلحاق الضرر بنظام إفراز الغدة الكظرية، وتحديدا إلى زيادة في مستويات النورادرينالين (Nopadrenaline) والدوبامين (Dopamine)، وزيادة في مستوى الإثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف والجفلة تظهر على الفرد بشكل واسع. فقد وجد أن مستوى النورادرنالين والأدرينالين كان عاليا لدى المصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما وجد أيضا زيادة في مستويات الدوبامين والنورنالين لدى الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، وتوصلت دراسات أجريت على الحيوانات عند تعريضها للضغوط إلى أن الموصلات العصبية (Neurotransmitters) – وهي مواد كيماوية تقوم بالتوصيل بين الأعصاب– يضطرب عملها لدى الأفراد المصابين بهذا الاضطراب (Eysenck, 2000, pp. 691-965).

*** الاتجاه السلوكي**

يؤكد العلماء السلوكيون أن العوامل البيئية والتعلم بنوعيه: الاشراط الكلاسيكي والاشراط الإجرائي، هي من تحدد السلوك السوي وغير السوي. فوفق المنهج الاشراطي الكلاسيكي في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وفي زمن وجود حادث صدمي، يتسبب في اكتساب الفرد استجابة خوف شرطية لمنبه طبيعي (غير مشروط)، وهذا الخوف يدفع بالفرد إلى التعلم التجنبي الذي يفضي إلى خفض القلق (صالح،2006).

وتقول حسنين وقوته (2004) إن نظريات التعلم تفسر الكثير من مظاهر اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فوفقاً للاشراط الكلاسيكي إن تعرض شخص لحادث في شارع ما قد يخيفه من العبور من هذا الشارع. ويبدو أن الشخص المصدوم (حرب – تعذيب– اغتصاب) يحاول أن يهرب من المنبهات التي تذكره بالصدمة، وهذا ما يسمى بالإحجام، فهذه المنبهات

أصبحت مؤلمة للشخص؛ لأنها اقترنت بعمليات التعذيب مثلا أو تزامنت معها. ومن هنا فإن الماضي المؤلم (الحدث الصادم أو الخبرة الصادمة) تستمر عبر الحاضر والمستقبل، وكأن الصدمة تطغى على كل شيء بحيث لا يعود الفرد إلى تفكيره المنطقي؛ أي أن الفرد يبدأ في الهروب أو تجنب تلك المثيرات التي تذكره بخبرات سيئة، لأن تذكّر أو تكرار هذه الخبرات سوف يؤثر تأثيراً سلبياً في الفرد من الناحية النفسية، ومن هنا يتضح أن النظرية السلوكية تساعد على فهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة من خلال نظرية الاشراط، فالصدمات والنكبات والحروب وأعمال العنف تعد منبهات مطلقة غير مشروطة تؤدي إلى استجابة الخوف وردود أفعال فسيولوجية متعددة ويجرى التعميم في استجابة الخوف إزاء المواقف والمنبهات التي ترمز إلى الصدمة و تتشابه معها.

*** الاتجاه المعرفي**

يرى الاتجاه المعرفي أن المشكلات النفسية تأتي نتيجة عمليات شائعة من مثل التفكير الخطأ، واتخاذ مرجعيات غير صحيحة بنيت على معلومات غير صحيحة وغير موثوقة، ثم الفشل في التمييز بين ما هو خيالي وما هو واقعي. ويركز الاتجاه المعرفي عند الفرد على الاستبصار الذي يؤدي إلى التعرف إلى الأفكار السلبية والمعتقدات التي تقود إلى تكيف غير صحي ثم العمل على تغييرها، فالطريقة التي يشعر بها الناس ويسلكون تتسبب بالكيفية التي يدرك بها الناس خبراتهم ويبنون عليها (Corey, 2011).

ويقول العتيبي (2001) إن العمليات المعرفية هي أساس فهم الخبرات الصادمة في رأي النظرية المعرفية، وإن إدراك الفرد للأحداث والمواقف والأشخاص يعتمد بشكل جوهري على ما يشكله الفرد من صيغ وخطط معرفية يدرك بها ومن خلالها الأشياء والمواقف والأشخاص، وهذه الخطط والصيغ تتكون في مرحلة الطفولة من خلال علاقة الطفل مع أسرته، فإن كانت

هذه العلاقة تتسم بالاهتمام والحب والتقبل والتقدير يحكم الطفل على نفسه وعلى الأسرة والمجتمع حكماً إيجابياً مريحاً وآمناً، ويدرك ذاته وأسرته والمجتمع بالحب والاحترام والتقدير. فإذا تعرض لخبرة صادمة أو تجربة ضاغطة من الممكن أن يتجاوزها من خلال نظرته التفاؤلية للأشياء، ومن خلال مساعدة أسرته المحبة له ومجتمعه العطوف الداعم والمساند. وإن كانت الخبرات الطفوليه التي عاشها الطفل تتسم بالإهمال، والرفض، وعدم التقدير فإن الطفل سيشعر بعدم الأمان وعدم الرضا، وهذا الشعور السلبي سيجعله يعطي حكماً سلبياً على المجتمع ككل (ذاته، وأسرته، ومدرسته، والوسط الاجتماعي). وإذا كانت الذات والأسرة والمجتمع لا تمنحان الفرد الأمن والأمان والطمأنينة، فإنه سيبالغ في توقع الخطر والشر في المستقبل، وفي حالة تعرض الطفل لخبرة صادمة ستزداد حياته سوءاً وستزداد ظلمةً وسواداً فوق الظلام والسواد الأصليين في نفسه، ووجدانه وسيزداد توقعه لحدوث الخطر والشر في المستقبل وستزداد حياته تعقيدا ومن المحتمل أن يصاب بإضطرابات نفسية ناتجة عن الخبرات الصادمة.

نظرية معالجة المعلومات

إن معالجة المعلومات تعتبر من أهم النظريات التي حاولت أن تفسر اضطراب الضغوط التالية للصدمة، فالمنبهات تغزونا من كل حدب وصوب، قسم منها يستوعبه الدماغ وتتم معالجته (ترميز، وحل الترميز، والسلوك) بينما لا تتم معالجة القسم الآخر بشكل صحيح؛ لأن المنبهات تكون ناقصة أو فوق طاقة الجهاز العصبي (جهاز الاستقبال) كما هو الحال مثلا في الكوارث والصدمات بحيث لا تتلاءم المنبهات الخطيرة الطارئة مع خبرات الشخص ونماذجه المعرفية؛ لأنها تتخطى الإطار السوي للتجربة الإنسانية، وهذا ما يؤدي إلى حدوث التشويه والإضطراب في معالجة المنبهات، وفي هذه الحالة تبقى المنبهات الصادمة ناشطة وبشكلها الخام، وتستمر في ضغطها المؤلم على الشخص الذي يحاول عبثًا أن يبعدها عن عتبة الوعي حتى يشعر بالراحة

والأمان. غير أن الشخص المصدوم يلجأ عادة إلى استخدام بعض الوسائل الدفاعية السلبية، مثل: الإنكار، والتبلد، والتجنب، وهذه الوسائل تشكل السمات البارزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة (يعقوب،1999).

يقول مكماهون (المشار إليه في عودة والطهراوي، 2010) يبدو أن المنبهات الصادمة لا تغيب عن وعي الشخص بل تغزو رأسه وبعنف من وقت لآخر، وتؤدي إلى المشاعر المؤلمة والصور والأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة (كوابيس، وأفكار وصور دخيلة) وهكذا تبقى المنبهات الصادمة تضغط على الشخص حتى تتم معالجتها بشكل كامل، ولكن يبدو أنه ليس من السهل حدوث ذلك نظرًا لطبيعة الصدمة التي تبقى ناشطة في الذاكرة عصية عن تحديد معنى لها، ولذلك يحدث تأرجح دائم بين عمليات التكرار للانفعالات وتجنبها، لعدم القدرة على احتوائها في البناء المعرفي، والإنكار والتبلد كوسيلة دفاع تبقي المعلومات خارج الوعي أو في اللاشعور قبل أي محاولة علاجية لاحتواء الصدمة، والهدف هو اكتمال معالجة المعلومات الصادمة أو المثيرات، وذلك عندما يتم تمثّل الواقع أو المنبهات الصادمة بنجاح مع النماذج المعرفية للمصاب، ولكن إذا لم يتم هذا التغيير، فإن الخبرة الصادمة ستظل بشكلها الخام والنشط بلا معالجة.

مراحل اضطراب الضغوط التالية للصدمة

يحدد (هورويتز) نموذجاً وفقا لأطوار متتابعة لمعالجة المعلومات من حيث رد الفعل للحدث الصدمي، وما يتبع أحداث الحياة الصدمية من أطوار على النحو الآتي:

أ- مرحلة الصرخة أو الغضب أو الطوارئ

في هذه المرحلة تتصاعد ردود فعل الضحية تجاه الأحداث التي تهدد الحياة، وتستمر هذه المرحلة ما دام الناجي يعتقد أنها مستمرة، فتزداد نبضات القلب، وضغط الدم، والتنفس،

ونشاط العضلات، وتسيطر مشاعر الخوف والعجز، والارتباك وكثرة الأسئلة عن سبب حدوث ما حدث، وما هي نتائجه، وهذه الأفكار تكون هي المسيطرة على تفكير الشخص (Gilliland & James, 1997).

ويتصف الفرد في هذه المرحلة بالخوف والحزن والغضب، فالاستجابة المباشرة لحدث صدمي تكون مصحوبة بانفعالات قوية، وبإنذار بالخطر المحدق. وإذا لم يمتلك الفرد مهارات المواجهة المباشرة، فقد يبدي هذه الصرخة سواء من داخله أو من خارجه. ويلاحظ أن الفرد عندما يكون وحده ويبدأ بالاسترخاء ويخفض من حواجزه الدفاعية، فإنه يخبر بالتالي مرحلتي الإنكار والإقحام. وتعدُّ الصرخة في هذا الطور الأول استجابة عادية أو طبيعية إزاء الأحداث أو المواقف الصدمية. أما الظواهر غير السوية للصرخة، فتشمل الهلع، والسلوك التدميري، والنوبات المفاجئة للانهيار، والاستجابات الانفعالية العنيفة (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

ب-مرحلة الخدر العاطفي والإنكار

في هذه المرحلة يحمي الناجي من الصدمة نفسه بدفن الخبرة في الذاكرة، وبذلك يتجنب الخبرة التي تعرض لها، فيقلل الشخص مؤقتا أعراض القلق والتوتر، وهذا يبقي العديد من الضحايا وإلى الأبد في هذه المرحلة ما لم يحصل على تدخل علاجي (Gilliland& James, 1997).

وتبدو الاستجابة العادية أو السوية لهذا الطور في تجنب ذكريات الصدمة، وفي رفض تلك الصور أو الأفكار المتعلقة بها أو بمواجهتها. أما الاستجابات المرضية، فتبدو في السلوك الإحجامي اللاتكيفي، والانسحاب الاجتماعي، وتعاطي العقاقير أو المخدرات، والاندفاعية أو يخبر الفرد بإحساس داخلي بتغيم الإدراك مع شعور بأن الدنيا أصبحت أكثر رمادية من ذي قبل، أو وعيا متناقصا بالإحساسات الجسمية، قد يصل إلى حد الشعور بأنه ميت في الحياة. مع

أن الكثير من أعراض الإنكار قد تكون أساليب سوية لتعديل الاستجابات الانفعالية، أما الإنكار غير السوي فيتصف بالإحجام الزائد الذي يجعل الفرد لا يسعى إلى مواجهة الضغوط، وقد يركن نتيجة لذلك إلى أساليب مضادة كالإدمان مثلا (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

ج-مرحلة الاقتحام المتكرر

إن الانغمار في الأفكار الملتصقة بالصدمة والتكرار القسري لتلك الأفكار يصبح مشكلة صعبة عند الأفراد؛ لأن هذه الأفكار تأخذ في أن تتسلط على وجوده ذاته. وهذه الأفكار التي تقتحم عقله بالقسر أو بإجبار التكرار تأخذ شكل الصور البصرية التي تتواتر في ذهنه كوميض نتيجة للمناظر، أو الأصوات، أو الروائح، أو الملموسات التي اقترنت بأحداث الصدمة وتسترجعها إلى عالمه في الحاضر، وذلك ما ينقل الصور المكبوتة إلى بؤرة الوعي، وكلما استمرت هذه الأفكار في اقتحام وعي الفرد وتغمره، تواترت معها انفعالات الذنب والحزن والغضب والانتقام. وهنا قد يلجأ بعض الأفراد إلى اصطناع حيل هروبية فاشلة في إبعاد هذه الأفكار خارج بؤرة الوعي، وذلك عن طريق أنماط مختلفة من السلوك الهروبي، مثل تعاطي الكحوليات أو العقاقير المخدرة. وقد يؤدي التعاطي مؤقتا إلى خفض حالات الاكتئاب والعدوان والقلق والمخاوف، ولكن سرعان ما يدخل الفرد في "دائرة مفرغة" أو "الدائرة الشريرة " حيث يدور بين دوامة التخدر من الواقع عن طريق التعاطي، وخبرته المعاشة في الانغمار المستثار من الصدمة الذي يتكرر قسراً ويرتبط بتواتر المثيرات الشرطية، وهذه الحالة تتفاقم حتى يصل الفرد إلى مرحلة "الاعتماد" على المخدر من حيث هو أسلوب دفاعي وهروبي لإبقاء الأفكار المقتحمة الغامرة داخل اللاشعور وخارج بؤرة الوعي (القشعان، 2009).

وينتاب الشخص في هذه المرحلة كوابيس، وصور اقتحامية واستجابة الجفلة، ويكون المزاج متقلباً. وغيرها من الآليات الدفاعية والاجتماعية والتي تكون غير مجدية لدفن الصدمة، وهنا يصبح الوضع مؤثر، حيث يطلب الشخص المساعدة، وفي أحيان أخرى يصبح غارقا في الأعراض المرضية، فيصبح التدخل العلاجي إجباريا (Gilliland& James, 1997).

د- مرحلة الانتقال العكسي أو طور العمل على مواجهة الواقع

تنشط في هذه المرحلة -من الجانب السوي- آليات مواجهة الواقع؛ أي واقع ما حدث، والعمل على استيعابه. أما الاستجابات المرضية في هذا الطور، فتتمثل في حالات القلق والاكتئاب، وحالات التجمد السباتي Hibernative frozen states والتغيرات النفسية الجسمية، والتغير في طبائع الفرد. وتتصف هذه المرحلة الانتقالية بتقدم في التفكير والمشاعر والعلاقات مع الآخرين والتواصل معهم، وتكوين خطط معرفية جديدة أو مراجعة الخطط المعرفية القائمة كي تتوافق الأبنية المعرفية الداخلية مع المعلومات الجديدة المتعلقة بالحدث الصدمي، وبكل ما تأثر بهذا الحدث من سلسلة الخبرات التي عاشها الفرد. وتغلب على هذه المرحلة الاستعادة التدريجية لحالة الاتزان التي تتمثل في معالجة معنى الحدث الصدمي وتجهيزه كي تتمثله الذات داخل الخطط المعرفية؛ لذلك تتصف هذه المرحلة بالتنظيم الذاتي، وبالتوصل إلى بعض القرارات الضرورية للبقاء (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

وقد يطور الناجي من الصدمة منظورا شخصيا عن الأحداث الصادمة، فيصبح إيجابيا، مع تطلع إلى الأمام، وليس إلى الخلف، فيصل الشخص لوضع السيطرة على الصدمة ومواجهة المشكلة (Gilliland& James, 1997).

هـ- مرحلة الدمج أو الاكتمال

تتميز هذه المرحلة باكتمال عملية تجهيز المعلومات المتعلقة بالحدث الصدمي، حيث يتصف الفرد هنا باستعادته لتوازنه ولفاعليته في الحياة ومواصلته لأدواره ووظائفه ومسؤولياته فيها. أما الإخفاق في إحراز هذا التقدم، فيعني تغيرا في شخصية الفرد، يتضح في عدم القدرة على العمل، أو التفاعل مع الآخرين والتواصل معهم، أو أفول العاطفة وافتقاد الحب، أو نضوب الإنتاجية والإبداع. وإن عملية اكتمال معالجة المعلومات تستمر حتى تصير المعلومات الجديدة جزءا من النماذج طويلة المدى والخطط المعرفية الداخلية لدى الفرد، وهكذا تكون الخبرة متكاملة، وتكون جزءا من نظرة الفرد إلى العالم وإلى ذاته، فلا يعود بحاجة إلى أن يعزل نفسه عن عالمه، ولا أن يقيم حاجزا بين خبرة الحدث الصدمي، وبقية جوانب شخصيته. وبالتالي لا تعد الصدمة خبرة مخزونه في حالة نشطة. ويعدُ الاكتمال عملية نسبية؛ لأن الذكريات والخطط المعرفية المتعلقة بالحدث الصدمي تميل إلى البقاء والاستمرار طوال حياة الفرد. لكن الشخص يبدأ بالإحساس بأنه أخذ يستعيد تماسكه الذاتي، وصار مهيأ الآن للاضطلاع بأدوار وعلاقات ونشاطات جديدة ومستعد لمواصلة فاعليته في الحياة (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

وينجح الناجي في هذه المرحلة بدمج الصدمة مع جميع التجارب السابقة، ويعيد الإحساس في الاستمرار في الحياة، وتوضع الصدمة بنجاح تام في الماضي (Gilliland& James, 1997).

وتعتبر عوامل شدة الصدمة وطول مدتها والقرب المكاني لتعرض الفرد للحدث الصدمي أكثر العوامل أهمية في التأثير في احتمالات تطور هذا الاضطراب. وهناك بعض الدلائل تشير أيضا إلى أن نظم التكافل الاجتماعي، والتاريخ الأسري، وخبرات الطفولة، ومتغيرات الشخصية، والاضطرابات النفسية الموجودة قبل الصدمة، قد تؤثر في تطور اضطراب الضغوط

التالية للصدمة. وقد يتطور اضطراب الضغوط التالية للصدمة traumatic stress disorder post (PTSD) عند أفراد ليس لديهم أي تاريخ مرضي سابق أو عوامل استعداديه، وبخاصة إذا كان الحدث الصدمي شديدا للغاية (مكتب الإنماء الاجتماعي، 2001).

وغالباً ما تكون حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة أكثر عرضة لمخاطر الأنواع الأخرى من القلق والاكتئاب والانتحار، واضطراب الصورة الجسمية، وإدمان المخدرات أو سوء استعمالها. وفي بعض الحالات تكون الاضطرابات المصاحبة شديدة لدرجة أنها تشخص كحالات قلق أو اكتئاب، كما يصاحب الاضطراب أحياناً سلوك اندفاعي مثل تغيير مكان الإقامة بشكل فجائي، وتغير نمط الحياة وأحياناً تظهر اضطرابات عقلية وظيفية، مثل فقد الذاكرة الكلي أو المحيطي (أي ما يرتبط بالحدث من وقائع وأشخاص وأحداث)، وصعوبة التركيز وعدم الاستقرار والصداع والدوار (عبد الرحمن، 1999).

وأعمال العنف أكثر إيذاء من الكوارث الطبيعية، فضحايا العنف يشعرون –خلافا لضحايا الكوارث الطبيعية– أنهم قد اختيروا بالذات عن عمد كهدف للتعاسة. وينشر هذا الواقع تصورات حول الثقة بالناس وحول الأمان في العلاقات الشخصية بين البشر، تصورات لا علاقة للكوارث الطبيعية بها، وبالتالي تصبح دنيا الحياة الاجتماعية موطنا للخطر يمثل الناس فيه عناصر تهديد كامنة ضد سلامة الفرد. وتترك الأعمال الهمجية التي يرتكبها البشر ذكريات لا تنمحي لدى ضحاياها تجعلهم ينظرون بخوف إلى أي شيء يشبه ولو شبها طفيفا بالأعمال التي تسببت في الصدمة نفسها، فإذا ضُرب رجل على رأسه من الخلف دون أن يرى مهاجمه، يظل شديد الفزع بعد ذلك حتى إنه إذا سار في الطريق يحاول السير أمام سيدة عجوز لكي يشعر بالأمان (جولمان، 2000).

ويقول بني يونس (2005) إن اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية يحدث بعد تجارب مرعبة، وهو يصيب الكثير من الأشخاص الذين تعرضوا لحوادث صدمية (كالاغتصاب أو العنف الأسري أو الحروب أو الكوارث الطبيعية والكوارث المصطنعة، كالاعتداءات العنيفة والتعذيب والأسر). ويعاني المصابون باضطراب الضغوط التالية للصدمة من أفكار مرعبة مستعصية وذكريات مؤلمة عن الحادث وشعور بالبرود الانفعالي، وأن الحادث الصدمي الذي سبب هذا الاضطراب ينطوي دوما على تهديد الحياة والإنذار بقرب الموت. ويستذكر المصدومون دوما حادث الصدمة في صورة كوابيس واستذكارات مزعجة خلال النهار، وقد يعانون مشاكل في النوم والكآبة والشعور بالانعزال والبرود العاطفي، وانعدام الحس وسرعة الجفلة (الجفلة المفرطة)، وقد يتلاشى الاهتمام بالأمور التي اعتادوا على ممارستها. وقد يشعرون بالهيجان والعدوانية أكثر من ذي قبل، ويكونون أشد قوة وعنفا، وعادة ما تثيرهم أشياء تذكرهم بالحادث، مما قد يؤدي إلى اجتنابهم لأماكن ومواقف معينة، تثير الذكريات الأليمة لديهم، وغالبا ما تكون الذكرى السنوية للحادث الصدمي هي الشرارة التي تشعل هذا الاضطراب وتثير أعراضه الشديدة. وقد يكون هذا الاضطراب مصحوبا بالكآبة، أو العدوانية الشديدة أو القلق، وتتراوح شدة أعراضه بين المعتدلة والحادة، وقد تكون هذه الأعراض سهلة التهيج، وتولد نوبات عنيفة، ففي الحالات الحادة يعاني المضطربون من سوء تكيف في العمل والعلاقات الاجتماعية، وقد يعاني المضطرب من تصورات وهمية كسماع أصوات، أو شم روائح، فيتوهم أن حادث الصدمة يعود من جديد.

ويقول جيفادا ويادولاهاي (Javidi & Yadollahie, 2012) إن حوالي 84% من الأشخاص الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهم حالات مرضية أخرى مثل

تعاطي الكحول والمخدرات، أو الشعور بالعار، أو اليأس، أو أعراض جسدية، أو مشاكل في العمل، أو الطلاق، أو العنف، وهذه المشكلات تجعل الحياة أكثر صعوبة.

ووجد أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة موجودة لدى الأطفال مثلهم مثل الراشدين، إلا أن الأعراض الصدمية تختلف عن تلك عند الراشدين، فالأعراض المذكورة في الدراسات حول الصدمة النفسية عند الأطفال هي الإنهاك المدرسي مع فقدان وتجمد المكتسبات الدراسية، وانخفاض التحصيل الدراسي. وقد تكون الشكاوى الجسمية العرض السائد الذي يخفي بقية اللوحة العيادية. وتتفق الدراسات أن ما يميز الأطفال والمراهقين المصدومين هي الاضطراب في السلوك: فقدان الشهية، أو الجوع العصبي (Bullimia) أو السحت، أو المعارضة، أو العدائية، أو الهروب أو سلوكيات انتحارية، أو العنف في المدرسة والعائلة، أو سلوكات الإدمان (المخدرات والكحول، واللجوء إلى الأفعال الجنائية) (مسعودة، 2012).

المهجّرون

لقد تم استخدام مصطلح المهجرون في هذه الدراسة للدلالة على الأفراد الذين غادروا بلادهم، خوفا على أنفسهم أو عائلاتهم من القتل أو التعذيب، أو طلبا للأمن الذي لم يجدوه في بلدهم. ولم يستخدم مصطلح لاجئ أو نازح تجنبا لما وراء هذه المصطلحات من تفسيرات مثل حق العودة أو عدمها.

يقول دوروسارو وآخرون (Durosaro, et. al, 2012) إن الأسباب التي تجعل الأشخاص المهجّرين أكثر عرضه لتطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة هي زيادة مدة الحادث الصدمي، وعدد المرات التي عانى الشخص من هذا الحادث، وارتفاع شدة الصدمة، ووجود حالة انفعالية عند الشخص قبل الحادث، وعدم وجود دعم اجتماعي خلال فترة الهجرة وبعدها. وفي أعقاب الكارثة الطبيعية أو التي تكون من صنع الإنسان، فإن معظم الضحايا

يعانون الصدمات النفسية الحادة بسبب التجارب المريرة المختلفة التي اضطروا للمرور فيها، ومن المثير للاهتمام أن بعض الأفراد الذين يظهر عليهم اضطراب الضغوط التالية للصدمة ليسوا الضحايا المباشرين للكارثة، وإنما الأشخاص الذين شاهدوا الأحداث وكانوا بالقرب منها. وبالتالي يضطر مثل هؤلاء الأفراد إلى الهروب من مكان الحادث والهجرة إلى مكان أكثر أمنا. ويقول أحمدي وكاجباف ودوست (Ahmadi, Kajbaf, & Doost, 2012) إن الحرب في أفغانستان استمرت لأكثر من ثلاثة عقود فقُتل الملايين، واضُطّر الملايين أيضا إلى الهجرة وترك منازلهم وقراهم، ووضع عدد كبير من الأطفال في دور الأيتام، ولا زال الصراع والفقر والظلم الاجتماعي يؤثر في البلاد، ولا زالت أيضا المدارس مغلقة، ولا يحصل غالبية سكان البلاد على الخدمات الصحية، كما أن نسبة عالية منهم تعاني الأمراض النفسية، لكن بعض الدراسات المسحية التي تمت هناك أفادت أن 90% من الأطفال يعتقدون أنهم كانوا في طريقهم إلى الموت في أثناء الحرب، وأن 67% منهم شاهد أجزاء من جثة شخص، و80% كانوا حزينين وخائفين وغير قادرين على مواجهة أعباء الحياة، في حين أن 42% تعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

تعريف النزوح (*المهجّرين*)

حالة يجد فيها الشخص نفسه مرغما على ترك موطنه الأصلي، والانتقال إلى مكان آخر بحثا عن الأمن والحماية. أما النازح فهو الشخص الذي تهددت حياته وممتلكاته بسبب النزاعات والحروب الداخلية أو انتهاك حقوقه الأساسية أو بسبب الكوارث الطبيعية.

وعرَّفت اتفاقية جنيف لسنة 1951م اللاجئ (المهجّر) بأنه: "الشخص الذي ينشأ داخله خوف معقول من الاضطهاد (well–founded fear of persecution) بسبب عرقه أو دينه أو جنسيته أو انتمائه الاجتماعي أو بسبب رأيه السياسي، وكان هذا الشخص موجوداً خارج

حدود الدولة التي يحمل جنسيتها، ونتيجة لهذا الخوف لا تستطيع أو لا يرغب في طلب الحماية من سلطات دولته".

وقد عرفت **وثيقة الأمم المتحدة الإرشادية لحماية النازحين** النازح بأنه: "شخص أو مجموعة أشخاص أرغموا أو ألزموا على مغادرة مأواهم ومناطقهم الأصلية تفاديا لنزاع مسلح أو كوارث طبيعية أو هربا من اضطهاد أو انتهاك لحقوقهم الأساسية" (حقوق الإنسان، المادة الأولى، 1993).

العلاج المعرفي السلوكي

هو أحد أساليب العلاج النفسي الذي ظهر في بداية السبعينيات، ويجمع بين العلاج السلوكي والعلاج المعرفي، وبشكل عام يعتبر هذا العلاج الحصيلة العلمية للتطورات التي حصلت في كلا الأسلوبين (السلوكي والمعرفي)، ويستمد هذا الأسلوب العلاجي جذوره من أعمال بيك (Beck) في الستينات على مرضى الاكتئاب، وأعمال أليس (Ellis) في الخمسينات من القرن الماضي، كما يعد كيلي (Kelly) وميكنبوم (Mechenbaum) وغيرهم من رواد هذا العلاج. حيث اهتم بيك بكيفية تغيير المعارف والأفكار من خلال نماذج اشتراطيه، وهو ما يعتبر بمثابة استراتجيات سلوكية، وأصبح اتجاه بيك في العلاج المعرفي السلوكي أحد ثلاثة نماذج أساسية في هذا المجال، ويتمثل الاتجاهان الآخران في اتجاه ميشنبوم الذي يعرف بالتعديل المعرفي السلوكي، واتجاه أليس في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (عادل، 2000).

ويقول دوروسارو وآخرون (Durosaro et. al, 2012) إذا لم يتم تشخيص وعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة في وقت مبكر، فإنه يؤدي إلى اضطرابات نفسية أخرى. وبالتالي فإن 80% من الأشخاص الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة سوف يظهر

عندهم اضطرابات نفس- جسدية مزمنة، واكتئاب، واضطرابات القلق، وإساءة استعمال المواد المخدرة، واضطرابات الهلع.

ويهدف هذا العلاج إلى محاولة تغيير الأفكار الخطأ، وذلك من خلال استخدام بعض الأساليب العلاجية، مثل: إعادة البناء المعرفي بغية أن تصبح العمليات المعرفية أكثر اتساقاً مع الواقع. وبهذا فإن العلاج يتعامل مع السلوك اللاتكيفي باعتباره نتاجاً للتفكير غير العقلاني. ومن هنا يمكن النظر إلى العلاج على أنه عملية تعلم تشمل إعادة تنظيم المجال الإدراكي وإعادة تنظيم الأفكار المرتبطة بالعلاقات بين الأحداث والمؤثرات البيئية المختلفة. كما أن العلاج المعرفي السلوكي يمكن أن يعمل على زيادة تقدير الفرد لذاته، وشعوره بالكفاءة الذاتية، وبالتالي تزداد أهدافه وطموحاته ويعمل على تحقيقها، حيث إن العلاج السلوكي يركز على تعديل الظروف المحيطة بالفرد والسلوك الظاهر عنده وعلى عملية التعلم. أما العلاج المعرفي، فيرتكز على تعديل المفاهيم والأفكار دون إهمال السلوك الظاهر. ولكل منهما أساليبه الخاصة في العلاج، إلا أن العلاج السلوكي المعرفي يعطي المعالجين حرية لتطبيق مدى واسع من الأساليب العلاجية بالإضافة إلى مرونة خاصة بتطبيق أساليب علاجية تتناسب مع فكر المعالج وخلفيته العلمية والنموذج الذي يتبناه. ومن الأفكار التي يرتكز عليها هذا النوع من العلاج هو أن الأفكار تولد المشاعر وتؤثر فيها، ولهذا فإن المشكلة لا تكمن في الحدث نفسه، وإنما في الأفكار والمشاعر المرتبطة به؛ وبناءً على ذلك يهدف العلاج إلى تحديد الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالاضطراب الموجود لدى المريض ومساعدته للتخلص منها. ولتحقيق هذا الهدف هنالك وسيلتان الأولى تركز على الأفكار غير المنطقية المرتبطة بالمشكلة، والثانية تركز على المشاعر. وتهدف الوسيلة الأولى إلى تحديد المشكلة التي يعاني منها المريض بشكل واضح

وتغيير نظرته إليها. وتهدف الوسيلة الثانية إلى تحقيق الهدف ذاته من خلال تغيير المشاعر المرتبطة بالمشكلة (محمد، 2000).

مبادئ العلاج المعرفي السلوكي

هنالك بعض المبادئ المتبعة في العلاج السلوكي المعرفي، وتتعلق بالمعالج والمريض، ومن أهم هذه المبادئ:

1- أن المعالج والمريض يعملان معاً في تقييم المشكلات والتوصل إلى الحلول الممكنة لهذه المشكلات.

2- أن المعرفة لها دور أساسي في معظم عمليات التعلم الإنساني.

3- أن المعرفة والمشاعر والسلوك تربطهم علاقات متبادلة.

4- أن الاتجاهات والتوقعات والعزو، والأنشطة المعرفية الأخرى لها دور أساسي في إنتاج وفهم كل من المشاعر والسلوك وتأثير العلاج والتنبؤ بهما.

5- أن العمليات المعرفية تندمج معاً لتكوين السلوك (عادل، 2000).

أساليب العلاج المعرفي السلوكي المستخدمة في علاج اضطراب ما بعد الصدمة

استخدم عدد من العلماء أساليب العلاج المعرفي السلوكي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومنهم فوا وجاكبسون وولبي وشابيرو (Foa, Jacbson, Wolpe, Shapiro)، ويرتكز هذا العلاج على عدد من الأساليب، ومنها:

الاسترخاء العضلي

إن الاسترخاء يُعتبر أمراً مطلوباً في حد ذاته في مواجهة الضغوط النفسية وما ينشأ من قلق أو مخاوف وتشتت وتزاحم في الأفكار، بل وما ينتج عن هذه الضغوط من اضطرابات نفسية (فسيولوجية)، مثل قرحة المعدة وأمراض القلب. ونجد أن بعض العلماء يُرجع مرض

السرطان إلى هذه الضغوط. ولهذا يحتاج المرشد أن يستخدم استراتيجية الاسترخاء مع المسترشدين في مرحلة مبكرة جداً من العمل معهم؛ لأنه يعمل على تهدئه الفرد. ويستغرق التدريب على الاسترخاء من 20 إلى 35 دقيقة، يقوم بها الفرد وهو جالس على كرسي مريح أو مستلق على ظهره في كرسي بظهر متحرك. ويضاف إلى الاسترخاء عنصر معرفي، وذلك عندما يقوم الفرد بالتركيز على المجموعات العضلية حتى لا يشتت انتباهه، ويطلب منه أيضاً التنفس بعمق، حتى يصبح التنفس إشارة لتعميق الاسترخاء في الجلسات، ويعتبر عالم النفس الأمريكي "جاكبسون "Jacobsen من أوائل العلماء الذين بحثوا في تدريبات الاسترخاء وتطبيقاتها في مجال العلاج النفسي، وقد توصل إلى أن حالة الاسترخاء خبرة مضادة لحالة القلق والانفعالات الحادة، وتقوم الفكرة الأساسية لاستراتيجية الاسترخاء على أن الجسم في حالة القلق والانفعالات الحادة يتعرض لعمليتين هما الشد العضلي والتوتر النفسي، وتكون جميع عضلات الجسم مشدودة في درجة توازي التوتر النفسي الذي يكون عليه الإنسان في حالة القلق. وإذا تم إيقاف أو تحويل حالة التوتر والشد العضلي لجسم الإنسان إلى حالة من الاسترخاء، فإن التوتر النفسي لا يمكن أن يستمر على نفس الوضع، إنما يتحول إلى حالة من الاسترخاء مما يخفض درجة القلق عند الإنسان. وبذلك لا يكون الإنسان متوتراً جسمياً ومسترخياً نفسياً في آن واحد (الزعبي، 2010)

- استراتيجية **صرف الانتباه Distraction Technique**

تُستخدم استراتيجية صرف الانتباه في العلاج المعرفي السلوكي لأهداف محددة وقصيرة المدى، وذلك بأن يُطلب من المسترشد الذي يعاني القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. ولكن لاستراتيجية صرف الانتباه بعض الجوانب السلبية التي قد تؤثر سلباً على سير العملية العلاجية

على المدى البعيد، عندما يستخدمه المسترشد كأسلوب لتجنب الأعراض. ويستطيع المرشد المعرفي السلوكي استخدام استراتيجية صرف الانتباه في بداية العلاج؛ لكي يجعل المسترشد يُدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه خطوة مهمة جداً في العلاج، وقد تستخدم هذه الاستراتيجية في مراحل متأخرة من العلاج للتعامل مع الأعراض، عندما يكون المسترشد في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي المسترشد الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما، ففي هذه الحالة بإمكان المسترشد طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطّي المجال البصري للمسترشد، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. ومن الممكن استخدام أساليب صرف الانتباه لتوضيح النموذج المعرفي السلوكي للاضطرابات النفسية للمسترشد. فقد يطلب المرشد من المسترشد عندما يكون قلقاً خلال الجلسة أن يصف بصوت مسموع محتويات الغرفة، ومن ثم يستخدم الأسئلة ليوضح للمسترشد كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدلل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه.

وفيما يلي بعض الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ- **التركيز على شيء معين** Focus on a Particular Object : يُدرَّب المسترشد على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة التالية والإجابة عنها: (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه .. إلخ).

ب- **الوعي الحسي** Sensational Awareness يُدرَّب المسترشد على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، والسمع، والذوق، واللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة الآتية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ أو في الغرفة؟ أو خارج الغرفة ؟ أو خارج المبنى؟).

ج- **التمرينات العقلية** Mental Exercises : يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) ... وهكذا تذكر حادثة معينة بالتفصيل.

د- **الذكريات والخيالات السارة** Pleasing Memories and Images : تذكر الحوادث السارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة)، أو التخيل (ما الذي سيفعله المسترشد لو كسب شيء غير متوقعاً) (المحارب، 2000).

3- **استراتيجية وقف الأفكار** Idea's Termination Technique :

غالباً ما تكون للأفكار الخطأ تأثير متزايد، ونجد أن الفكرة الخطأ ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد نجد المسترشد غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر، وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخطأ أسرع من قدرة المسترشد على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم المسترشد كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخطأ) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن المسترشد يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ سواءٌ أكان هذا المنبه حقيقياً أم خيالياً، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للمسترشد بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك).

وبسبب عدم قدرة المسترشد على استخدام هذه الاستراتيجية بسهولة، نجد أن الشرح البسيط لهذا الأسلوب غير مؤثر بشكل كافٍ ولا يتمتع بالمصداقية، حيث إن هذه الاستراتيجية تكون أكثر فاعليه عندما يتم عرضها على المسترشد بشكل مفصل. وبعد يجد المسترشد أن هذه الاستراتيجية لها تأثير، يشعر في هذا الوقت بأنه يتمتع بالمصداقية وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام

منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، ويكون استخدام استراتيجية إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار.

4- استراتيجية **لعب الأدوار** Role Play

تُعتبر اسراتيجية لعب الأدوار من الفنيات التي تُستخدم مع المكون الانفعالي في العلاج المعرفي السلوكي، إذ تتيح هذه الاستراتيجية الفرصة للتنفيس الانفعالي وتفريغ الشحنات والرغبات الظاهرة والمكبوتة، ويتم ذلك من خلال تمثيل سلوك أو موقف اجتماعي معين كما لو أنه يحدث بالفعل، على أن يقوم المرشد بدور الطرف الآخر من التفاعل والحوار والمناقشة. ويتكرر لعب الدور حتى يتم تعلم السلوك المرغوب، فلعب الدور يعني تدريب على تحمل الإحباط، والتحكم في السلوكات غير المرغوبة ومعالجة نواحي القصور في السلوك الاجتماعي.

كما يستخدم لعب الدور في مساعدة الأفراد على ممارسة السلوكات التي يرغبون في أن تنمو لديهم؛ كي يصبحوا أكثر وعياً لانفعالاتهم وأسلوب تفاعلهم مع الآخرين. ويعد لعب الدور أحد الطرق التي تُعين على نمو المهارات الاجتماعي (الزعبي، 2010)

5- استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR):

أدخلت هذه الاستراتيجية في الولايات المتحدة الأمريكية من قبل فرانسيس شابيرو Shapiro في عام 1985، حيث يطلب من الفرد تخيل حدث صدمي، وعليه أن يركز على الأفكار والاستجابات الوجدانية، وفي نفس الوقت يتبع حركات أصابع المعالج السريعة من اليمين إلى اليسار أو العكس بواقع حركتين كل ثانية، وفي نهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الانفعالية. وتتكرر المشاهد حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق ويتمكن

من تبني أفكار موجبة في نفس الوقت الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية. ولا زالت الآلية التي تعمل بها هذه الطريقة غير مؤكد بالبحوث العلمية. إلا أن الهدف من هذه الطريقة هو تفكيك الذكرى عن الانفعال عن طريق حركات العينين باتباع حركات أصابع المعالج (مسعودة، 2012).

وتعرفها جمعية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة الدولية (EMDR International Association,2013) بأنها إحدى استراتيجيات العلاج النفسي التكاملي، التي تهدف إلى علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بالإضافة إلى علاج اضطرابات نفسية أخرى، ومشكلات نفسية، ومشكلات نفس جسدية، بهدف تخفيف المعاناة الإنسانية ومساعدة الأفراد على تحقيق إمكاناتهم من أجل النمو والتطور. ويستخدم التحفيز البصري والسمعي مع الأفراد أو التحفيز اللمسي، حيث تنشط مكونات الذاكرة من الأحداث المؤلمة وبالتالي إعادة معالجة المعلومات بطريقة أفضل تحقق التكيف للفرد. وتستند هذه الاستراتيجية إلى معالجة المعلومات التكيفية، حيث يفترض أن كثير من الأمراض النفسية ترجع إلى عدم قدرة الفرد على ترميز أو التأقلم أو المعالجة الناقصة لتجارب الحياة الصادمة أو السلبية، وبالتالي فإن الفرد لا يستطيع معالجة المعلومات بالطريقة العادية والمألوفة، فينشأ عنده اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وتمر هذه الاستراتيجية بثماني مراحل، مع أنه يمكن تنفيذها بأكثر من طريقة طالما كان الهدف تحقيق الأهداف الرئيسية في كل مرحلة، والمراحل هي:

المرحلة الأولى: يبدأ المعالج عملية العلاج بوضع خطة للمفاهيم الناقصة وغير المكتملة عند المسترشد في ذكرياته عن الحادث الصادم، كما يحدد المعالج مدى ملائمة استراتيجية EMDR مع هذا المسترشد وللمشكلة التي يطرحها، وما إذا كان التوقيت للعلاج مناسب أم

لا. ويحدد المعالج ويعالج المكتسبات الثانوية التي يجنيها المسترشد من الاضطراب، والتي قد تمنع التقدم الإيجابي للعلاج.

المرحلة الثانية: يناقش المعالج مع المسترشد استراتيجية EMDR، ويعطيه معلومات عنها، بحيث يستطيع المسترشد إعطاء الموافقة على استخدام هذه الاستراتيجية معه أم لا. ويُقيم المعالج علاقة إيجابية مع المسترشد تشعره بالأمان.

المرحلة الثالثة: يقيّم المعالج مشكلة المسترشد من خلال مناقشة موقف الصدمة مع المسترشد، ويطلب منه تحديد الصورة أو التجربة الحسية الإيجابية البديلة عن الصدمة، وما هي معتقداته السلبية حول الحادث، التي لم يتم ترميزها، وأن يسمي الانفعالات التي اقترنت بالحادث الصادم.

المرحلة الرابعة: مرحلة إزالة التحسس وتنشيط الذاكرة، حيث يطلب المعالج من المسترشد الحديث عن الخبرة الصادمة، بينما المعالج يوفر التحفيز الثنائي (بصري، وسمعي) للمسترشد، ويشمل حديث المسترشد الأفكار، والمعلومات، وترابط الأحداث، والانفعالات، والمشاعر، والأحاسيس الجسدية، والتغيرات السلوكية. وتستمر عملية إزالة التحسس حتى يقل مستوى القلق والتوتر.

المرحلة الخامسة: مرحلة التثبيت حيث يسال المعالج المسترشد عن الاعتقاد الإيجابي الجديد أو الإدراك الإيجابي المحدد مسبقا. فالمعالج يسأل عن الاعتقاد الإيجابي حتى يثبته في ذاكرة المسترشد، ويأخذ هذا المعتقد الدرجة 7 على مقياس التصنيف للمعتقدات الإيجابية.

المرحلة السادسة: مرحلة المسح للجسم، حيث يطلب المعالج من المسترشد أن يستحضر بعقله الحادث الصادم والاعتقاد الإيجابي معا في آن واحد، ويمسح بتفكيره أجزاء جسمه كاملة،

وأن يخبر المعالج عن أحاسيسه الجسدية الإيجابية أو السلبية، بينما يستمر المعالج بالتحفيز الثنائي للمسترشد، حتى يخبره المسترشد بأن أحاسيسه محايدة أو إيجابية.

المرحلة السابعة: مرحلة الختام، حيث يقيّم المعالج والمسترشد أي حادث مثير للقلق، وما إذا تم معالجة المسترشد من الصدمة أم لا، ويعطي المعالج المسترشد بعض الإرشادات للحفاظ على الاستقرار، وأن يسجل الملاحظات المهمة أو الأعراض الجديدة التي قد تظهر عليه.

المرحلة الثامنة: مرحلة إعادة التقييم حيث يتم قياس التحسن باستخدام مقياس خاص لهذا الغرض، وكذلك يتم استهداف الأحداث الجديدة التي قد تكون ظهرت عند المسترشد، وذلك بإعادة المراحل من 3-8 (EMDR International Association,2013).

6- العلاج بالإفاضة

الهدف من العلاج بالإفاضة خفض الإحجام وتجنب الذكريات الصدمية وخفض القلق الناتج عن استدعاء تلك الذكريات، ويطلق على العلاج بالإفاضة مصطلح المواجهة العلاجية المباشرة، الذي يعني التعرض المكرر أو المطول في الواقع أو في الخيال للمثيرات المخيفة للمسترشد، غير المؤذية له جسميا وواقعيا، بهدف تقليل الانفعالات السلبية لديه (Shipley & Boudewyns, 1983).

7- استراتيجية التدريب التحصيني ضد الضغوط

تستند هذه الاستراتيجية إلى فكرة رئيسية مفادها "أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف، وما لديه من مصادر شخصية واجتماعية، وتعمل هذه الطريقة على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة. وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة، وهي:

1- **المرحلة الأولى:** تتضمن هذه المرحلة تزويد العملاء بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد، فسيولوجيا ومعرفيا وانفعاليا وسلوكيا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، وتعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهزامية التي تسهم في شعورهم بالضغط.

2- **المرحلة الثانية:** مرحلة اكتساب مهارات المواجهة المعرفية والسلوكية اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة في البيئة، وذلك من خلال التدريب على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الاسترخاء، والتحكم في التنفس، والتخيل وأحاديث الذات الإيجابية، وكذلك التدريب على حل المشكلات، ودحض ومقاومة الأفكار السلبية والأحاديث الذاتية السلبية، وكيفية التحكم في الاستثارة الانفعالية عن طريق استخدام الفنيات السلوكية مثل التدريب على الاسترخاء، والتدريب على الاستجابات التوكيدية، والواجبات المنزلية. ومن الفنيات الرئيسية التي يعتمدها طريقة ميكنبوم "استراتيجية الحديث الذاتي أو المحادثة الداخلية" للتدريب عليها في التخلص من الضغوط، وهذه الاستراتيجية تقوم على فرضية " أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه في أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة والصادمة التي تواجهه، وبالتالي لا بد للفرد من التعرف عليها وتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة، حيث إن هذه الأخيرة تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال "يستطيع الفرد أن يقول لنفسه أنا استطيع مواجهة هذا الموقف بنجاح بدلا من القول "أنا فاشل، الموقف صعب، ولن استطيع مواجهته". وتتوقف فاعلية هذه الاستراتيجية على اقتناع الفرد بأن ما يردده من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة

القلق والخوف لديه ومن ثم عليه العمل على وقف هذه الأحاديث السلبية عن الذات واستبدالها بأخرى إيجابية.

3- **المرحلة الثالثة:** مرحلة التطبيق، وفيها يتم تطبيق ما تعلمه الفرد من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع الحي أو البيئة الواقعية، وفي النهاية يتم لفت نظر الفرد إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له، وأن بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه (موقع العلاج المعرفي السلوكي، 2013).

8- استراتيجية **حل المشكلات**

تعمل هذه الاستراتيجية على تطوير مهارات حل المشكلات، من خلال تطوير استراتيجيات عامة مناسبة للتعامل مع المشكلات وإيجاد الحلول لها في حالة مواجهتها، وتسير هذه العملية عبر الخطوات: الاعتراف بالمشكلة وإدراكها، وتعريف المشكلة وتحديدها، واقتراح الحلول الممكنة، واختيار أحد الحلول، والتنفيذ (علاء الدين وعبد الرحمن، 2011).

مشكلة الدراسة

أشارت منظمة العفو الدولية في تقرير لها لعام 2012 حول الأوضاع في سوريا إلى تعرض العديد من الأفراد إلى أنواع من التعذيب وغيره من صنوف المعاملة السيئة، مثل الاحتجاز لأيام عدة دون طعام أو ماء نظيف، والضرب بكعوب البنادق على الرقبة والأكتاف، والتجُريد من الملابس والضرُب بالعصي والأسلاك، والإجبار على لعق الدم من على الأرض. والضرب حتى فقدان الوعي، والتعرض للتعذيب بالصدمات الكهربائية، والتهُديد بقطع العضو التناسلي. والجلد والتعليق من الأطراف والحرمان من النوم، فضلاً عن صب الماء البارد على الأفراد بشكل متكرر، والحُرِمان من العلاج الطبي. والاغتصاب، والتعذيب حتى الموت والقتل وتدمير للبيوت باستخدام الدبابات والطائرات...... إلخ (منظمة العفو الدولية، 2012).

مثل هذه الأوضاع دفعت الكثير من السكان إلى اللجوء إلى البلدان المجاورة طلبا للأمن وهروبا من القتل والدمار والتعذيب، وقد لجأ عدد من الأفراد ذكورا وإناثا أطفالا وراشدين، عائلات وفرادى إلى الأردن، وقد قام الباحث بزيارة إلى أحد مراكز تجمع هؤلاء الأفراد في مدينة الرمثا، وشاهد وتحدث مع العديد منهم عن أوضاعهم، فوجد الباحث أن عدداً منهم يظهر عليه أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأنهم بحاجة إلى مساعدة نفسية عاجلة خوفا من تطور الأمر، فتبلورت لدى الباحث مشكلة الدراسة في إجراء مسح لمعرفة مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند السوريين الذين دخلوا الأردن هروبا مما يحدث في بلادهم.

بالإضافة إلى إجراء المسح تم اختبار أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأفراد الذين يعانون من هذا الاضطراب، لذلك فإن الدراسة الحالية تحاول الإجابة عن الأسئلة الآتية:

1- ما مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة تعزى لأثر البرنامج؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين درجات المجموعة التجريبية على مقياس PTSD في القياس البعدي ودرجاتهم في قياس المتابعة؟

أهمية الدراسة

ترجع أهمية الدراسة الحالية إلى ما يأتي:

الأهمية النظرية

- ندرة الدراسات في هذا الموضوع –حسب علم الباحث– تعد هذه الدراسة أول دراسة تتعامل مع المهجرين السوريين في الأردن.
- تتضح أهمية الدراسة الحالية من خلال طبيعة المشكلة التي تتصدى لها، وهي خفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجرين السوريين لما لهذا الاضطراب من آثار وعواقب سيئة على الأفراد، والأسرة، والمجتمع. وبالتالي فإن علاج الفرد المصاب بهذا الاضطراب يعيد له توازنه النفسي وتكيفه مع ذاته وعائلته والمجتمع الذي يعيش فيه.
- إثراء البحوث الخاصة بدراسة الاضطرابات النفسية الناتجة عن النزاعات المسلحة على الأفراد.
- الكشف عن الاستراتيجيات الفعالة في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجرين السوريين المتواجدين في الأردن.

الأهمية التطبيقية

- يتوقع أن تكشف الدراسة الحالية عن مستويات انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المهجرين السوريين في الأردن.
- يتوقع أن تكشف الدراسة الحالية عن فعالية عدد من الاستراتيجيات في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المهجرين السوريين بشكل خاص، ولدى الأشخاص الآخرين المعرضين للإصابة بالصدمات النفسية وتطوير اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

- إن الحاجة إلى الإرشاد النفسي لا تقل أهمية عن العلاج الطبي، حيث إنه يعالج جروح خفية عند المهجّرين لا يراها الآخرون، وقد تظهر هذه الجروح بعد فترة من الوقت. والاستفادة مما تسفر عنه نتائج هذه الدراسة في التخطيط لوضع برامج إرشادية للمهجرين السوريين بشكل خاص وللأشخاص الذين يتعرضون لصدمات نفسية ويطورون اضطراب الضغوط التالية للصدمة.
- إن نتائج الدراسة قد تكون نواة لدراسات أخرى في هذا المجال.

التعريفات الإجرائية

اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD):

اضطراب الضغوط للصدمية أحد اضطرابات القلق، وينشأ بعد التعرض لحادث أو مجموعة من الحوادث تشتمل على الموت أو الجرح الخطير، حقيقي أو مهدد، أو تهديد للسلامة الجسمانية للشخص أو لأشخاص آخرين، وتكون استجابة الشخص تشتمل على الخوف أو العجز أو الذعر الشديد، ومن أعراضه معايشة الحدث الصادم باستمرار بطرق مختلفة، ويحاول الفرد تجنب المثيرات المرتبطة بالصدمة، أيضا يكون أعراض زيادة الاستثارة (National center for PTSD, 2010).

ويعرف إجرائيا: بأنه الدرجة التي يحصل عليها الفرد على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

برنامج إرشاد معرفي سلوكي: برنامج إرشادي يشتمل على عدد من الاستراتيجيات العلاجية (تقليل الحساسية التدريجيي، ووقف التفكير، وصرف الانتباه، ومناقشة وتفنيد الأفكار

اللاعقلانية، وحل المشكلات، ولعب الدور، وتقليل حساسية العين وإعادة المعالجة، والتحصين التدريجي ضد الضغوط) المستندة إلى النظرية المعرفية السلوكية.

المهجّرون السوريون: هم الأشخاص الذين اضطروا أو أجبروا على الفرار أو مغادرة بلادهم أو أماكن إقامتهم المعتادة من أجل تفادي النزاعات المسلحة وحالات العنف العام، ويقيمون في الأردن سواء في المخيمات أو في القرى والمدن.

محددات الدراسة

حدود البحث

تم تنفيذ الدراسة وإجراؤها ضمن حدود ارتبطت بخصائص العينة المستخدمة، فقد تم اختيار عينة الدراسة من المهجرين السوريين إلى الأردن، الذين يعيشون في مخيم الرمثا/ الحدائق، في حدود زمانية امتدت من (17-1-2013) إلى (25-3-2013).

ويتحدد تعميم نتائج هذه الدراسة على عينتها وطريقة اختيارها، كما أن الآثار النفسية حددت من خلال مقياس دافيدسون لقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة (ملحق 2).

الفصل الثاني

الدراسات السابقة

يتضمن هذا الفصل بعض الدراسات السابقة، التي تناولت متغيرات الدراسة المتمثلة في مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وبرنامج إرشاد معرفي سلوكي لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى اللاجئين السوريين المقيمين في الأردن.

مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة

أجرى شكور والنابلسي (١٩٩٢) دراسة هدفت إيجاد النسبة المئوية لمن يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة للحرب اللبنانية، حيث تكونت عينة الدراسة من (١٠٠) مواطنٍ لبناني من الذين عايشوا الحرب اللبنانية الأهلية، وكانت أعمارهم تتراوح ما بين (16 – 60 عاماً)، ولقياس مدى التأثر بالصدمات النفسية التي عايشوها في في أثناء الحرب، قام الباحثون بتطبيق مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأُجريت مقابلات مقننة مع أفراد العينة أيضا. وأظهرت النتائج أن ٩٥ % من أفراد العينة قد تعرضوا لصدمات مختلفة في أثناء الحرب الأهلية، وأن ٩٣ % منهم لا يزالون يعيشون الخبرات المؤلمة عن طريق إعادة التذكر واستحضار صورة المعاناة والألم الذي تعرضوا له، وأن ٧٠ % لا يزالون يشكون من الأعراض المرضية نتيجة الأحداث، وأن ٧٠ % لا يزالون يتجنبون الأماكن أو أشياء مرتبطة بالحدث، وأن ٤% لا يزالون يعانون من مشاعر الذنب . وخلصت الدراسة إلى أن ما نسبته ٦0%–8٠ % من اللبنانيين الذين كانوا يعيشون في لبنان في أثناء الحرب الأهلية يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة للحرب.

وفي دراسة العطراني (1995) التي هدفت التعرف إلى نسبة الإصابة باضطراب الضغوط التالية الصدمية لدى عينة تعرضت لصدمة فقدان أحد الأقارب أو الأصدقاء من ضحايا

ملجأ العامرية في العراق. واختيرت عينة قصدية مكوّنة من (150) طالباً وطالبة من أقارب الضحايا وأصدقائهم مقارنة بعينة غير متعرضة للصدمة (50 طالباً وطالبة)، وكانت نسبة اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند أقارب الضحايا توازي نسبة الاضطراب لدى أصدقائهم، وأعد لهذا الغرض مقياس لقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وأظهرت النتائج أن نسبة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أقارب الضحايا وأصدقائهم كانت 37% لدى العينة المتعرضة للصدمة مقابل (5%) للعينة غير المتعرضة لأي حدث صدمي، ولمتغير درجة القربى، كانت النتائج تشير إلى أن الذين فقدوا فرداً من عوائلهم أو أقاربهم كانوا يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة بنسبة (65%) مقابل (19%) للذين فقدوا أصدقاءهم. أما ما يتعلق بمتغير الجنس فكانت نسبة الاضطراب عند الذكور (16%)، وعند الإناث (84%).

وهدفت دراسة ضاحي وميوتابكك وسكاي (Dahi, Mutapcic & Schei, 1998) إلى تحديد الأحداث الصادمة والعوامل التنبؤية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة عند النساء البوسنيات المهجرات من منطقة الحرب. واختيرت عينة عشوائية من (209) نساء مهجرات من منطقة الحرب في البوسنة والهرسك عام 1994. وتراوحت أعمارهن من (15) إلى (70) عاماً. وقد كانت 119 امرأة منهن متزوجات وغير متزوجات. واستُخدم مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة المكون من 10 فقرات، وصنفت النساء اللواتي يجبن عن ست فقرات من فقرات المقياس بشكل إيجابي –أي أنها تعاني من هذا العرض– بأنها تعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة. وقد توصلت الدراسة إلى أن مستويات اضطراب الضغوط التالية للصدمة تتراوح من 47%–71% عند النساء المهجرات في البوسنة والهرسك.

وفي دراسة فيلا وبروكي وميورن سيميوني (Vila ,Porche & Mouren–Simeoni, 1999) التي هدفت إلى معرفة اضطراب الضغوط التالية للصدمة المباشر وغير المباشر

وتأثيره في الأطفال الذين احتجزوا كرهائن داخل صف في مدرستهم في فرنسا، مدة 18 شهراً بعد تعرضهم للحدث. وأجريت على عينة من 26 طفلاً من المحتجزين عن طريق إجراء المقابلات الإكلينيكية، والاستبيانات بعد مرور (شهرين، وأربعة أشهر، وسبعة أشهر، وثمانية عشر شهراً بعد الحدث). وقورنوا بـــــ(21) طفلاً من المدرسة نفسها الذين لم يتعرضوا للاحتجاز (حدث غير مباشر)، فأظهرت النتائج أن (25) طفلاً يمثلون نسبة (96%) من الأطفال الذين تعرضوا مباشرة للحدث أظهروا أعراض القلق الحاد بعد مرور شهرين من الحدث، و(18) طفلاً طوّروا اضطراب الضغوط التالية للصدمة وفق دليل التشخيص للاضطرابات العقلية/ النسخة الرابعة (DSM–IV)، وأظهر (7) أطفال أنهم يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة بدرجة شديدة، وأظهرت (11) اضطراباً للضغوط التالية للصدمة الأقل حدة، و(3) حالات تعاني من قلق الانفصال، وحالة (واحدة) تعاني من الرهاب و(حالتين) تعانيان اضطراب الكبت الحاد. وبعد العلاج انخفضت درجات القلق بين(4، 2) أشهر، ثم استقرت درجة القلق. أما أعراض تأثير الحدث فقد انخفضت أيضا، وفيما يخص الأطفال الذين لم يتعرضوا بشكل مباشر للصدمة، فقد اظهروا أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ولكن بدرجة وبدلالة معنوية أقل من أولئك الذين تعرضوا مباشرة للصدمة وانخفضت شدة الأعراض لديهم بمرور الوقت. وأظهرت البنات درجة أعلى من القلق موازنة مع ما أظهره الذكور من الاضطراب. وأن الملاحظات النفسية لم تمنع حدوث الاضطراب لكن الأطفال الذين لم يتم معاينتهم سيكولوجيا أظهروا نتائج أسوأ.

وفي دراسة قامت بها وزارة الصحة في الجزائر بالتعاون مع اليونيسف عام 2002 بهدف معرفة مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأطفال والمراهقين، الذين تعرضوا للأعمال الإرهابية. وقد تكونت عينة الدراسة من 1200 طفل ومراهق، وتمت الدراسة

في عشر مدن في الجزائر. وقد توصلت الدراسة إلى أنّ نسبة انتشار الاضطراب كان كالآتي: تيزيوزو 58.09%، وبويرة 16.04%، وشلف 23.29%، وسعيدة 57.21%، وتلمسان 9.24%، والجزائر العاصمة 34.18%، وبليدة 64.16%، وقسنطينة 40.09%، وجيجل 96.17%، ومدية 3.26% (مسعودة، 2012).

وقد أجرى القدومي والحلو (2003) دراسة هدفت التعرف إلى مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ودرجة التعايش معها لدى آباء شهداء انتفاضة الأقصى وأمهاتهم في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية. وقد تكونت العينة من (100) أب وأم للشهداء بواقع (48) أبا و(52) أما. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة كانت كبيرة عند آباء وأمهات الشهداء حيث وصلت النسبة المئوية للدرجة الكلية إلى (71.4%). وكانت درجة التعايش كبيرة أيضا، حيث وصلت النسبة المئوية إلى (79.8%). وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا في الضغوط التالية للصدمة بين الآباء والأمهات لصالح الأمهات، ودلت النتائج على وجود فروق في الضغوط التالية للصدمة بين أصحاب الدخل المتدني والعالي، ولصالح أصحاب الدخل المتدني، وأيضا كان الأشخاص الذين يسكنون بالقرب من المواجهات أكثر عرضة للإصابة بالاضطراب ممن يسكنون بعيدا عن المواجهات.

وهدفت دراسة برايز أولمز وإيسابل وفيماندز وسونيا (Perez-Olmos,Isabel, Fernandez,& Sonia, 2005) إلى تحديد انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة (PTSD) المرتبط بالحرب وعلاقته ببعض المتغيرات عند الأطفال في سن المدرسة، وفي ثلاث مدن من كولومبيا. واختيرت عينة عشوائية من (493) طفلاً تراوحت أعمارهم من (5) إلى (14) عاماً، وتم إجراء الدراسة باستخدام المقابلات الطبية النفسية ومقياس ألــ(PTSD). وقيِّم (167) طفلاً في مدينة لابالما (La Palma) الذين تعرضوا بشكل مزمن للحرب، و(164) من

مدينة أربليز (Arbelaez) الذين تعرضوا مؤخراً للحرب و(162) من مدينة سوبو (Sopo) الذين لم يتعرضوا لحرب. وحُسبت درجة انتشار ألــ(PTSD) المرتبط بالحرب في كل مدينة، واستُخدمت نسبة الفروق ومربع كأي؛ لتقييم العلاقة بين التعرض للحرب و(PTSD) والخطر المرتبط بهما، واستُخدم تحليل التباين المتعدد، وكان الحال عند الأطفال المصابين يستدعي وجود عناية صحية عقلية خاصة. وقد أظهرت النتائج أن درجة انتشار (PTSD) الناجم عن الحرب بلغ 16.8% في المدينة التي تعرضت للحرب بشكل مزمن و23.2% في المدينة، التي تعرضت مؤخراً للحرب و1.2% في المدينة التي لم تتعرض لأية حروب، وكانت نسبة الفروق دالة عند مستوى 0.0001. وأظهر تحليل التباين أن القرب الجغرافي من منطقة الحرب والتفاعل العاطفي الشديد مع الحرب يزيد من احتمالية ظهور ألــ(PTSD) المرتبط بالحرب. وأظهرت النتائج أيضاً أن الفقر والمستوى التعليمي المتدني للوالدين، والقسوة في معاملة الأطفال كانت عوامل مساعدة في ظهور ألــ(PTSD) في المدينة التي تعرضت بشكل مزمن للحرب. أما المدينة التي تعرضت مؤخراً للحرب، فقد كانت أهم الأعراض ظهوراً هي عدم التركيز والإضطرابات النفسية الجسمية أكثر انتشاراً فيها.

كما أجرى المومني والزغول (2008) دراسة هدفت التعرف إلى مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان الإرهابية. وقد تكونت عينة الدراسة من (353) فرداً من الضحايا وأسرهم من درجة القرابة الأولى. ولهذا الغرض استخدم الباحثان مقياس اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النسخة المدنية المستخدمة في المركز القومي الأمريكي لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة. وقد توصلت الدراسة إلى أن مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة على الأداء جاء بدرجة متوسطة، وبلغت النسبة المئوية الكلية للمصابين باضطراب الضغوط التالية للصدمة(75.3%). كما أشارت النتائج إلى

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة تعزى لأثر الجنس. كما توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر التواجد في موقع التفجيرات، وأشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لأثر الخبرة الصدمية وكانت الفروق لصالح من يمتلكون خبرة صدمية.

وفي دراسة ميس وإربس (Meis and Erbbes,2009) التي هدفت الكشف عن أعراض ضغط ما بعد الصدمة على التكيف النفسي والاجتماعي لدى المحاربين المشاركين في الحرب على العراق. وكانت عينة الدراسة مكونة من (301) جندياً، وأُستخدم المقياس الذاتي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، ومقياس التكيف الاجتماعي ومقياس للاكتئاب. وتم تطبيق المقاييس قبل شهر من التحاقهم بالعراق وبعد ثلاثة أشهر من رجوعهم إلى أوطانهم. وأظهرت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين أعراض ضغط ما بعد الصدمة والتكيف النفسي والاجتماعي، فكلما زادت أعراض الاضطراب، قل التكيف النفسي والاجتماعي، وكان هناك نوع من الحدة في الأعراض الآتية: الأرق، والكوابيس الليلية، والعزلة الاجتماعية، وإعادة خبرة التعرض للحدث، وتجنب المثيرات المتعلقة بالصدمة.

وهدفت دراسة مجيد (2011) التعرف إلى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لأعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية والمقارنة وفق متغيري (النوع، وعدد مرات التعرض للأحداث). وأُعدً مقياس لهذا الغرض والتأكد من صلاحية المقياس وثباته، وطُبق المقياس المكون من (60) فقرة على عينة مؤلفة من (478) عضو هيئة تدريس من الجامعات العراقية، وتوصلت الدراسة إلى أن 68.4% من أعضاء هيئة التدريس يعانون أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة و5.4% منهم يعانون اضطرابات الضغوط الصدمية الحادة، وأن الإناث أكثر معاناة من الذكور، وأن 12.5% من أعضاء هيئة التدريس لا يعانون من هذه الأعراض،

وأن 84% منهم شاهدوا أحداث مؤلمة أثرت في حياتهم، و66% انفجرت أمامهم العبوات الناسفة أو اللاصقة و46% شاهدوا انفجار سيارة مفخخة، و43% سقطت على منازلهم أو أماكن عملهم القذائف وصواريخ الكاتيوشا، و36% منهم اغتيل أحد أفراد الأسرة المقربين، كالزوج أو الأب أو الأخ أو الابن أو أحد أصدقائهم المقربين، و19% اقتحم منزلهم من مليشيات مجهولة، و19% منهم تعرض أحد أفراد الأسرة إلى الاختطاف، و17% تعرضوا للتهديد من جهات مجهولة، و14% تعرضوا للتهجير القسري من منازلهم. وكان الأفراد الذين تعرضوا لأكثر من (5) مرات للأحداث الصدمية أكثر معاناة من الأفراد الذين لم يتعرضوا للأحداث الصدمية.

وهدفت دراسة أحمد وعكاشة وعبد المجيد (2012) لمعرفة السمة العامة المميزة لاضطراب الضغوط التالية للصدمة وسط الأطفال في معسكرات اردمتا والرياض بولاية غرب دارفور، ومعرفة ما إذا كانت هناك فروق في أعراض الاضطراب تبعا لجنس الأطفال أو لاختلافهم في مستوى التعليم. وقد استخدم الباحث المنهج الوصفي الارتباطي. وتكون مجتمع الدراسة من كل الأطفال والمراهقين بمعسكري اردمتا والرياض بمدينة الجنينة بولاية غرب دارفور والبالغ عددهم حوالي (5200) طفل ومراهق. واختير (395) مفحوصا منهم (172) ذكرا، و(223) أنثى، ليمثلوا عينة الدراسة. وطُبق مقياس أعراض الصدمة النفسية للأطفال (Trauma Symptoms Check List For Children) الذي يحتوي على 44 عبارة تفحص ستة أبعاد، هي: اضطراب الضغوط التالية للصدمة، والقلق، والاكتئاب، والتفكك، والغضب، واضطراب عدم التوافق الجنسي. وتوصلت الدراسة لمجموعة من النتائج من أهمها: أن جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تتسم بالانخفاض بدرجة دالة إحصائيا وسط الأطفال والمراهقين بولاية غرب دارفور. كما أنه لا توجد فروق دالة في كل أبعاد أعراض الصدمة النفسية تبعا للجنس (ذكر أو أنثى). كذلك توجد فروق دالة في جميع أبعاد الاضطرابات النفسية تبعا للمستوى

التعليمي بين مستوى التعليم الثانوي وبقية المستويات التعليمية، وذلك لصالح المستوى الثانوي. كما بينت النتائج أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو الأعلى أي الأكثر شيوعا، بينما القلق هو الأدنى أي الأقل شيوعا.

وفي دراسة صيدوم وثابت (2012) التي هدفت التعرف إلى مستوى الخبرات الصادمة وأنواعها التي تنشأ عند طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة جراء ممارسات الاحتلال وعلاقتها ببعض متغيرات الصحة النفسية مثل اضطراب الضغوط التالية للصدمة، القلق والاكتئاب. واشتملت العينة على (360) من الطلبة (195 ذكوراً، 165 إناثاُ) من الجامعات الأربعة في قطاع غزة، حيث اختيرت عينة عشوائية طبقية ممن تتراوح أعمارهم بين 18- 24 سنة. وقد أظهرت النتائج أن نسبة الطلبة الذكور اللذين قد تعرضوا للصدمة بلغت 51.4%، بينما بلغت نسبة الطلبة من الإناث اللواتي تعرضن للصدمة 48.6%. كما أشارت النتائج إلى أن 56.4% من الطلبة الذكور لديهم خبرات صادمة متوسطة، بينما الإناث بنسبة 52.4%. وأظهرت الدراسة أن 34.9% من الطلبة الذكور لديهم خبرات صادمة شديدة في حين أن 24.4% من الإناث لديهن خبرات صادمة شديدة. وأيضا وجدت الدراسة فروقاً دالة في مستوى الخبرات الصادمة تعزى للجنس، وذلك لصالح الذكور من أفراد العينة، بينما توجد فروق في مستوى استعادة الخبرة الصادمة تعزى للجنس، وذلك لصالح الإناث من أفراد العينة. كما توجد فروق تبعا لمتغير الجامعة في اضطراب الضغوط التالية للصدمة لصالح طلبة الجامعات الثلاث "الأزهر، والقدس، والأقصى". كما أنه لا توجد فروق في مستوى الصدمة النفسية تعزى للجنس، أو لنوع السكن، أو عدد الأُخوة، أو لمستوى الدخل الشهري للأسرة. وأيضا لا توجد فروق دالة في مستويات اضطراب الضغوط التالية للصدمة أو التجنب أو اليقظة الزائدة تعزى للجنس.

وفي دراسة بدري وكروتزن وبورني (Badri, Crutzen & Borne, 2012) التي هدفت تحديد مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى طالبات جامعة البنات في مدينة أم درمان نتيجة للحرب في دارفور. وتكونت عينة الدراسة من 123 طالبة في الجامعة ممن تتراوح أعمارهن من 15-25 سنة. وطُبق استبيان هارفارد للصدمة، وتوصلت الدراسة إلى أن 67% من العينة شاهدن أحداث مؤلمة في أثناء الحرب، مثل: مشاهدة شخص يُقتل، أو مشاهدة جثث الموتى، أو مشاهدة أشخاص يُضربون على رؤوسهم أو أجسامهم، وقالت 50% إن والديهن فقدوا ممتلكاتهم أو بضائعهم أو حيواناتهم نتيجة للحرب، وذكر 60% أن أحد أفراد عائلاتهم أو أصدقائهم اختفى أو اختطف، وأن 42% تم أزالت بيوتهم وإجبارهم على الفرار من بلدهم. وتوصلت الدراسة إلى أن 80.9% من أفراد العينة يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وهدفت دراسة سكوتنيكا (Skotnicka,2012) تحديد مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الجنود البولنديين بعد سنة واحدة من عودتهم من العراق. وتكونت عينة الدراسة من 60 جنديا (30 جندي ممن عادوا من العراق، و30 جندياً ممن لم يذهبوا إلى العراق، وإنما بقوا في بولندا). وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق ليست ذات دلالة بين المجموعتين في الاكتئاب والقلق مع أن عدداً كبيراً من الجنود في المجموعتين ظهر لديهم مستوى مرتفع من الاكتئاب والقلق خلال الحدث الأليم (المهمة في العراق). في حين وجد أن الجنود الذين عادوا من العراق كان لديهم مستوى مرتفعاً من الغضب. كما تأثر الأداء البيولوجي والنفسي عند الجنود الذين عادوا من العراق وكانت مظاهر هذه التفاعلات الفسيولوجية والنفسية القوية (الكوابيس، والتعرق، وزيادة معدل ضربات القلب، والإجهاد أو الإعياء في حالة وقوع صدمات

مماثلة، والمبالغة في ردود الفعل.... إلخ). في حين أن 70% من الجنود – العائدين من العراق –عانى من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وفي دراسة هسانوفك (Hasanovic, 2012) في البوسنة والهرسك التي هدفت معرفة مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة للمهجرين من المراهقين الذين أُجبروا على ترك منازلهم وممتلكاتهم في حرب 1992 – 1995م، التي اشتملت على قصف المدن والتطهير العرقي، والتجويع، والترويع، والاغتصاب، والقتل، والتمثيل، بالجثث . .... إلخ . وذلك بعد انتهاء الحرب بثلاث سنوات ونصف، وقد تكونت عينة الدراسة من 217 تلميذاً، منهم 106 من الإناث، تتراوح أعمارهم بين 15– 17 سنة، وقد قُسِّم أفراد العينة إلى ثلاث مجموعات بناءً على مناطقهم الجغرافية، منطقة سريبرينيتسا (Srebrenica)، ومنها 69 فرداً من أفراد العينة، ومنطقة زفورنيك (Zvornik)، ومنها 79 فرداً، ومنطقة وبييليينا (Bijelina)، ومنها 69 فرداً من أفراد العينة. وقد استخدم الباحث استبيان هارفارد للصدمات. وقد توصل الباحث إلى أن نسبة انتشار الاضطراب في المنطقة الأولى 72.9%، بينما كان في المنطقة الثانية 60.85%، أما في المنطقة الثالثة كانت النسبة 47.6%، وقد كان السبب في اختلاف نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة إلى الاختلاف في قوة الحرب إقليميا.

دراسات تناولت برامج علاجية في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة

قام يوهوك (Uguak, 2001) بدراسة هدفت معرفة أهمية الحاجات النفسية والاجتماعية للأطفال المهجّرين الذين يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة في المدارس. وشاهدوا الحرب في جنوب السودان. وتكونت عينة الدراسة من 235 من الأطفال الذين تراوحت أعمارهم من 8 – 14 سنة، وتبين أن 26.8% (63) طفلا يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد استُخدمت نشاطات مختلفة لمعالجة الأطفال، مثل: الألغاز والمسرح وبناء الألعاب

وألعاب الكمبيوتر.... إلخ. وقد ظهر تحسن واضح في اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي يعاني منه الأطفال.

وفي دراسة كوباني وهل وواونيس (Kubany, Hill & Owens, 2003) استخدم العلاج المعرفي السلوكي لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى النساء المعنفات (العنف الجسدي، والعنف العاطفي) من الزوج أو الشريك العاطفي. وتكونت عينة الدراسة من (37) امرأة معنفة تراوحت أعمارهن بين (22 – 62) سنة بمتوسط (36.4) سنة، ومستوى تعليمي من (الصف الحادي عشر–دكتوراه) بمتوسط (13.6) سنة دراسية. وقُدِّم العلاج المعرفي السلوكي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة خلال (8–11) جلسة. وكان التركيز في العلاج على إزالة الأفكار اللاعقلانية، وعُلِّمت النساء استراتيجيات إدارة الضغط النفسي والحديث الذاتي الإيجابي ومراقبة الذات واستخدام التعرض للتقليل من الذاكرة المرتبطة بالعنف والاعتداء. واستُخدم العلاج المعرفي لإزالة الشعور بالذنب، وتوكيد الذات للتعامل مع الشريك المتسلط الذي يمارس العنف عليها. كذلك عُلِّمن تجنب التعرض للعنف مرة أخرى، واستراتيجيات الدفاع عن النفس، والاسترخاء، وإعطاء بعض الواجبات البيتية والتمارين. وبعد انتهاء العلاج انخفضت درجات الاكتئاب والشعور بالذنب والعار، وقلت الأفكار الاقتحامية، في حين أن العلاج لم يكن فعال في علاج السلوكيات التجنبية، كما أن التحسن استمر بعد ثلاثة أشهر من العلاج.

كما قام بني يونس (2005) بدراسة هدفت التعرف إلى مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية (PTSD) عند عدد من طلبة الجامعة الأردنية، وقد اختيرت عينة قصدية من (40) طالبا وطالبة، منهم (17) طالبا وطالبة مصابون بـــ(PTSD) بدرجة متوسطة وقوية. وقد استعملت مقاييس جاكبسون لقياس فاعلية أسلوب الاسترخاء العضلي، ومقياس الكبيسي، و(DSM.IV) لقياس (PTSD).

وأظهرت النتائج وجود أثر لأسلوب الاسترخاء العضلي في خفض مستوى أعراض (PTSD)، واستمر احتفاظ أفراد المجموعة التجريبية عبر الزمن بانخفاض مستوى (PTSD) نتيجة لاستعمال هذا الأسلوب.

كما أجرت السنباني (2005) دراسة هدفت التحقق من فاعلية برنامج علاج سلوكي معرفي في التخفيف من أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال المساء إليهم في مدينة عمان. وتكونت عينة الدراسة من (30) طفلاً من الأطفال المساء إليهم جنسيا وجسديا، وحصلوا على أعلى الدرجات في مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ووزِّع الأطفال عشوائيا إلى مجموعتين، المجموعة التجريبية تكونت من (15) طفلاً تعرضوا للبرنامج العلاجي الذي احتوى على الفنيات الآتية: الاسترخاء العضلي، والتنفس العميق، والتخيل الإيجابي، ومناقشة الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية، والحديث الإيجابي مع الذات، وأساليب التغلب على الأحلام المزعجة والكوابيس، والتعرض التدريجي عن طريق التخيل. وتكونت المجموعة الضابطة من (15) طفلاً لم يتعرضوا للبرنامج العلاجي. ولهذا الغرض قامت الباحثة ببناء مقياس والتحقق من صدقه وثباته، وقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائيا بين المتوسطات على الدرجة الكلية والأبعاد الثلاثة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومقياس السمة – حالة القلق ومقياس الاكتئاب ونموذج تقرير المعلم لصالح أفراد المجموعة التجريبية، ومن هنا تتضح فاعلية البرنامج العلاجي.

وهدفت دراسة صايمة (2005) معرفة مدى فعالية برنامج إرشادي في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا بمدارس وكالة الغوث الدولية في محافظات جنوب قطاع غزة، وقد تكونت العينة من 24 طالباً ممن حصلوا على درجات عالية على مقياس التعرض للخبرات الصادمة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين (12

طالباً مجموعة تجريبية و12 طالباً مجموعة ضابطة). وقد استخدم الباحث مقياس التعرض للأحداث الصادمة ومقياس ردود فعل الأطفال بعد الصدمة. وقد توصلت الدراسة إلى أنه يوجد تأثير للبرنامج الإرشادي في خفض مستوى الصدمة النفسية لدى أفراد العينة التجريبية. كما أنه توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعة الضابطة وأفراد المجموعة التجريبية في مستوى الصدمة النفسية، والفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية. وأنه لا توجد فروق دالة إحصائيا في القياس البعدي، والقياس التتبعي على مستوى الصدمة النفسية لدى العينة التجريبية. كما توجد فروق دالة إحصائيا بين أفراد المجموعة الضابطة التتبعية وأفراد المجموعة التجريبية التتبعية،والفروق كانت لصالح المجموعة التجريبية التتبعية.

وهدفت دراسة مؤمن وحشاد (2008) إلى معرفة تأثير الإرشاد النفسي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة التي يعاني منها الناجون من كارثة تفجيرات مدينة دهب المصرية، وقد تكونت عينة الدراسة من ثمانية ناجين من التفجيرات التي وقعت عام 2006 (4 ذكور، 4 إناث) وكان متوسط أعمارهم 38 سنة، وجميعهم أصيبوا بإصابات جسدية، وكانت الأدوات المستخدمة هي المقابلة الإكلينيكية واستبيان اضطراب ما بعد الصدمة إضافة إلى برنامج الإرشاد السلوكي- المعرفي، وقد تكون من عشر جلسات. وأظهرت النتائج أن لدى جميع أفراد العينة أعراض اضطراب ما بعد الصدمة نتيجة التعرض للكارثة وأن لجلسات الإرشاد فعالية في التقليل من هذه الأعراض.

واستخدمت جيرادي وأولاسوف وروث باوم وريسلير وهيكين (Geradi, Olasov, Rothbaum, Ressler & Heekin, 2008) العلاج السلوكي المعرفي، في علاج مجموعة من الجنود العراقيين الذين تعرضوا للعنف والتعذيب خلال الحرب في العراق. حيث تم اختيار العينة من حوالي (1400) جندي عراقي، وبلغ عدد المشخصين باضطراب ما بعد الصدمة

(158) جندياً، وتم اختيار (4) من الجنود الذين يعانون الكوابيس والبكاء المستمر للاشتراك في هذه الدراسة. وعمل العلاج في هذه الدراسة على تحقيق سلسلة من الأهداف على التوالي باستخدام ثلاثة محاور، وهي: معالجة الحدث في الماضي، والتأقلم مع الحاضر، والتكيف مع المستقبل. وتم العلاج من خلال ثلاث مراحل مختلفة، هي: التقييم، واستخدام طريقة استرجاع الذاكرة المرتبطة بالأحداث المؤلمة، ومن ثم خفض الحساسية التدريجي لها. كانت هذه الطرق كأساس لعلاج اضطراب ما بعد الصدمة. ونتج عن هذه الدراسة انخفاض في أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، وحدث انخفاض في التوتر الحاد لديهم. واستمرت النتائج إلى (3–9) أشهر بعد العلاج.

وأجرت بدران (2010) دراسة هدفت معرفة أثر برنامج علاج معرفي سلوكي في خفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة والاكتئاب والقلق لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان، وتكونت عينة الدراسة من (17) امرأة معنفة، منهن (12) سيدة متزوجة، و(5) غير متزوجات. من نزلاء دار الوفاق الأسري. وقد تم اختيار النساء المعنفات اللواتي تم تشخيصهن على أنهن يعانين من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وحصلن على أعلى الدرجات على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة الذي طور خصيصا لتشخيص الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة، وقد تسرب أربعة من أفراد العينة في الجلسة الأولى وأكملت (13) البرنامج العلاجي. وتم استخدام ثلاثة مقاييس لهذا الغرض، وهي مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة ومقياس بيك للاكتئاب ومقياس القلق حالة – سمة في القياس القبلي. ثم تلقى أفراد العينة برنامج العلاج السلوكي – المعرفي الذي تكون من عشر جلسات تراوحت مدة كل منها ما بين (90–120) دقيقة مدة عشرة أسابيع. وقد استخدمت الباحثة تصميم اختبار قبلي–بعدي للمجموعة الواحدة. وفي الجلسة الأخيرة تم إجراء القياس البعدي بتطبيق

المقاييس الثلاثة المستخدمة في الدراسة مرة أخرى. وتوصلت الدراسة إلى تدني المتوسطات البعدية مقارنة مع المتوسطات القبلية لصالح المجموعة التجريبية، وأظهر اختبار (ت) فروق دالة على الدرجة الكلية لمقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة على أبعاده الفرعية الثلاثة: بعد تكرار الخبرة، وبعد التجنب، وبعد الاستثارة الزائدة لصالح المجموعة التجريبية. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائيا على الدرجة الكلية لمقياس بيك للاكتئاب وعلى مقياس القلق كحالة – كسمة لصالح المجموعة التجريبية.

وهدفت دراسة ريزو وفيرنانديز ورودادو(Rizzo, Fernandez, & Rodado, 2010) معرفة أثر العلاج بالتعريض لدى عينة من الأفراد العسكريين المشاركين في حرب العراق (حرية العراق)، الذين أصيبوا باضطراب الضغوط التالية للصدمة نتيجة للقتال، وتكونت عينة الدراسة من 20 فرداً مصاب بـــ(PTSD). وقد تم عمل سيناريوهات افتراضية تحاكي النماذج الموجودة في العراق كالمدينة والبيئة الصحراوية وقافلة تعبر الطريق...إلخ. وقد تم تعريض الأفراد للمواقف التي تعرضوا لها في العراق، وكانت تثير عندهم أعراض ألـــ(PTSD) بشكل متكرر. واستمرت عملية العلاج خمسة أسابيع بواقع جلستين في الأسبوع، وبمعدل 90–120 دقيقة، وأظهرت النتائج أن 16 شخصاً قد تحسن بشكل ملحوظ، ولم يحققوا محكات اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وهدفت دراسة كوهين وأولدن ولي وديفيدي (Cohen, Olden, Lee, & Difede, 2011) إلى فحص التغيرات طويلة المدى في اضطراب الضغوط التالية للصدمة PTSD عند نساء رواندا اللواتي مررن بتجربة الإبادة الجماعية في عام 1994. وكانت العينة مكونة من (535) من النساء في رواندا مدة (18) شهر بواقع زيارة كل ستة أشهر، وقد استخدم المرشدون التنفيس الانفعالي مع المصابات باضطراب الضغوط التالية للصدمة والسماح لهن بالحديث عن

تفاصيل ما تعرضت له بعد شعورهن بالجو الآمن والسرية في المعلومات التي تذكرها، وتم إدخال عدد من المتغيرات الديمغرافية وواقع مرض الأيدز والاكتئاب. وتوصلت الدراسة إلى وجود انخفاض مستمر في درجات المفحوصات على الاستبيان المستخدمة (HTQ) في كل زيارة متابعة لهن. كما أن مدى انتشار أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة انخفض بشكل ملحوظ من (61%) في بداية البرنامج إلى (24%) في نهاية البرنامج. وقد وجد أن النساء اللواتي لديهن درجات عالية على استبيان هارفارد (HTQ) أكثر ميلا للتحسن في اضطراب الضغوط التالية للصدمة، بينما النساء اللواتي لديهن درجات مرتفعة من الاكتئاب كان التحسن في اضطراب الضغوط التالية للصدمة لديهن قليلا. ولم يتبين أن الإصابة بالأيدز وتلقي علاج مضاد الفيروسات يرتبط بالتحسن في اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وفي دراسة أحمدي وكاجباف ودوست (Ahmadi, Kajbaf & Doost, 2012) التي هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي المركز على الصدمة وعلاج التفريغ النفسي في علاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المراهقين الأفغان الثكلى ممن تراوحت أعمارهم من 11-16 سنة. وتكونت عينة الدراسة من 24 مشاركاً ممن يعيشون في ملجأ للمراهقين في كابول، وقد كان 22 مشاركاً ممن فقدوا والدهم وواحد فقد والدته وواحد فقد كلا الوالدين خلال حرب 2011. وتم توزيعهم إلى ثلاث مجموعات (8 أفراد في مجموعة العلاج المعرفي السلوكي، و8 أفراد في مجموعة التفريغ النفسي، و8 أفراد مجموعة ضابطة). وقد توصلت الدراسة إلى أن المجموعة التي تلقت علاج معرفي سلوكي انخفض عندها مستوى أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة بدرجة كبيرة مقارنة مع المجموعة الضابطة، وقد استمر هذا التحسن بعد اثني عشر أسبوعاً من المتابعة، في حين لم يختلف مستوى أعراض الضغوط التالية للصدمة بين المجموعة التي تلقت علاج التفريغ النفسي والمجموعة الضابطة.

تعليق على الدراسات السابقة

قسمت الدراسات السابقة إلى دراسات تناولت مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأفراد الذين تعرضوا للصدمات النفسية أو شاهدوها أو سمعوا بها، وقد تراوحت نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأفراد من 16% إلى 84%. ويعود هذا الاختلاف في نسبة انتشار الاضطراب إلى عوامل عدة، منها الجنس ذكر/ أنثى، حيث إن الاضطراب ينتشر بنسب أكبر عند الإناث من الذكور، كما أن بعض الدراسات تناولت مدى انتشار الاضطراب مع متغير القرب من منطقة الحرب أو التفجير أو الصدمة، وتبين أن الأفراد القريبين من منطقة الحرب تكون نسبة انتشار الاضطراب أعلى من الأفراد الذين يبعدون عن المكان، وأيضا تناولت عدد من الدراسات مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة وعلاقته بمتغير درجة القربى من الشخص الذي قتل أو تعرض للحادث الصادم، وتوصلت الدراسات إلى أن الأفراد الذين تعرض لهم شخص قريب -من الدرجة الأولى- مثل الأب أو الزوج أو الأخ... إلخ تكون نسبة انتشار الاضطراب عندهم أكثر من الأفراد الأبعد في القربى. كما تناولت عدد من الدراسات نسبة انتشار الاضطراب مع متغيرات مثل التعرض لحادث صادم (التعذيب) أو مشاهدة مناظر القتل والاغتصاب أو السماع عنه، وتوصلت الدراسات إلى أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة يكون أكثر عن الأفراد الذين تعرضوا لحادث صادم من الأشخاص الذين سمعوا بالحادث.

وتناول القسم الثاني من الدراسات دور البرامج الإرشادية في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند الأفراد، وقد تم استخدام مجموعة من البرامج العلاجية، مثل التنفيس الانفعالي، أو العلاج بالتعريض أو العلاج باستخدام الألعاب والتخيل أو العلاج المعرفي السلوكي، الذي اشتمل على عدد من الاستراتيجيات، مثل الاسترخاء العضلي، والتنفس العميق، والحديث الإيجابي مع الذات، ومناقشة الأفكار اللاعقلانية. وقد أثبتت الدراسات فعالية هذه

البرامج بشكل عام، إلا أن أساليب العلاج المعرفي السلوكي كان لها الأثر الواضح في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

وتأتي الدراسة الحالية لمعرفة مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجّرين السوريين إلى الأردن الذين تعرضوا للعنف والعدوان والقتل والتدمير وخاصة من قوات بلادهم الذين كانوا يعتقدون أنهم موجودون لحمايتهم وليس لتدميرهم. أما من الجانب الآخر، فإن العديد من هؤلاء الأشخاص خسر بيته ومصدر رزقه وأهله وذكرياته الجميلة التي كان يحملها، ولا زالت الأخبار ترد إليهم تبعا تحمل لهم المزيد من الصدمات والمآسي. لذلك جاءت هذه الدراسة بهدف معرفة مدى انتشار اضطراب (PTSD) بين المهجّرين السوريين، بالإضافة إلى معرفة أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في التخفيف من آثار هذا الاضطراب، الذي لم يتم عمل دراسة عربية –في حدود علم الباحث – لمعرفة مدى الانتشار. كما أن الدراسة الحالية استخدمت مجموعة من أساليب العلاج المعرفي السلوكي لخفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجّرين السوريين إلى الأردن، فقد استخدمت استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة EMDR كعلاج لأعراض الاضطراب، ولم يجد الباحث دراسة عربية استخدمت هذا الاستراتيجية في علاج الاضطراب، كما استخدم الدراسة استراتيجية وقف التفكير واستراتيجية صرف الانتباه لعلاج هذا الاضطراب، التي لم تستخدم سابقا في الدراسات العربية لعلاج هذا الاضطراب أيضا، بالإضافة إلى الأساليب الأخرى، مثل: الاسترخاء العضلي، وتفنيد الأفكار اللاعقلانية، واستراتيجية حل المشكلات. لذلك فإن الدراسة الحالية استخدمت عدداً من الأساليب المعرفية السلوكية في خفض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجّرين السوريين إلى الأردن، وهذا يضيف إلى الأدب النفسي مزيدا من المعرفة والاستراتيجيات الحديثة في علاج هذا الاضطراب عند فئة المهجّرين وحتى بقية أفراد المجتمع المعرضين للصدمات النفسية.

الفصل الثالث

الطريقة والإجراءات

يتناول هذا الفصل مجتمع الدراسة وعينتها وتصميم البحث وأدوات الدراسة متضمنة أدلة صدقها وثباتها، إضافة إلى الإجراءات التي تم إتباعها في تطبيق البرنامج.

مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من جميع الأفراد السوريين الذين دخلوا الأردن بعد حدوث المظاهرات المطالبة بالتغيير في سوريا في شهر 2011/3، الذين تجاوزوا أربعمائة وخمسين ألف شخص-حتى إعداد هذه الدراسة- وهذا الرقم قابل للزيادة اليومية، مع توقعات لرئيس الوزراء الأردني الدكتور عبد الله النسور بأن يصل عدد المهجّرين السوريين إلى الأردن أكثر من مليون مهجر. وقد توزع المهجّرون السوريون في الأردن في عدد من المخيمات التي أقيمت لهم منها مخيم الزعتري ومخيمين في الرمثا ومخيم مريجيب الفهود في منطقة الزرقاء الذي لم يستخدم لغاية الآن ومخيم آخر في منطقة الأزرق. بالإضافة إلى أن العدد الأكبر من المهجّرين يعيشون في المدن والقرى الأردنية.

عينة الدراسة

قام الباحث بتطبيق مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة على عينة عددها (310) أفراد (ذكوراً وإناثا، أطفالا وراشدين) من المهجّرين السوريين المقيمين في مخيم الرمثا /الحدائق، وممن وافقوا على الاستجابة لفقرات المقياس (العينة المتاحة)، بهدف معرفة مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المهجّرين، كما قام الباحث باختيار عينة مكونة من (24) فرداً من المهجّرين ممن حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وتم توزيع الأفراد عشوائياً إلى المجموعة التجريبية (12) فرداً، والمجموعة الضابطة

(12) فرداً. وقد كان أفراد المجموعة التجريبية والضابطة من الذكور فقط، وقد وافق جميعهم على الاشتراك في الدراسة ووقع عقد اتفاق (ملحق 1) معهم. وممن تتراوح أعمارهم من 19 – 57 سنة، وغالبيتهم تعرض للتعذيب داخل بلده أو في أثناء هجرته إلى الأردن. وقد كان مستوى التعليم عندهم جميعا دون الثانوية العامة، نصفهم متزوج والنصف الآخر أعزب.

أدوات الدراسة

استخدم في الدراسة الحالية الأدوات التالية

1- مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة

مقيـــاس اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو من إعــداد دافيدسون (1987 ,Davidson) وقد ترجم وقنن إلى العربية من قبل الدكتور عبد العزيز ثابت (ملحق 2)، ويتكون المقياس من 17 فقرة تماثل الصيغة التشخيصية لـــ DSM-IV، وتتعلق فقرات المقياس بالخبرات الصادمة التي تعرض لها الأشخاص سابقاً، وكل عبارة في المقياس ترتبط بالحدث الصادم السابق وأمام كل عبارة خمسة إجابات، هي: أبداً، ونادراً، وأحياناً، ومعظم الوقت، ودائماً، ويضع المبحوث إشارة (x) أمام العبارة التي تتفق وتعبر عن مشاعره والعبارات كلها صحيحة، وبها تدرج يبدأ من النفي المطلق وينتهي بالتأكيد والتلازم لهذه المشاعر. ويتم الإجابة على واحدة من الخيارات التي أمام العبارة. وتتراوح درجات هذا المقياس من صفر حتى 68، وهي أعلى الدرجات لأولئك الذين تعرضوا للخبرات الصادمة في السابق، وصفر لمن لم يتعرض لهذه الخبرة. فالإجابة *بأبداً* تأخذ صفراً، والإجابة *بنادرا* تأخذ درجة واحدة، والإجابة *أحيانا* تأخذ درجتين، والإجابة *بمعظم الوقت* تأخذ ثلاث درجات، و*دائما* تأخذ أربع درجات، تحسب الدرجات حسب الإجابة بالموافقة. وللمقياس تصحيح فرعي، بحيث يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية، وهي:

1- استعادة الخبرة الصادمة وتشمل البنود التالية 1, 2, 3, 4, 17.

2- تجنب الخبرة الصادمة وتشمل البنود الآتية 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11.

3- الاستثارة وتشمل البنود الآتية 12, 13، 14، 15، 16.

ويتم حساب النقاط على مقياس مكون من 5 نقاط (من صفر-4)، ويكون سؤال المفحوص عن الأعراض في الأسبوع المنصرم، ويتم حساب التشخيص لاضطراب الضغوط التالية للصدمة بما يأتي:

1- عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة.

2- ثلاثة أعراض من التجنب.

1- عرضين من أعراض الاستثارة (أكاديمية علم النفس،2012).

وقد تم استخدام هذه الطريقة في حساب مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة في الدراسة الحالية، حيث تم اعتبار الأفراد الذين أجابوا بـــ (غالبا، و دائما)، على فقرات المقياس، وحققوا المحكات (عرض من أعراض استعادة الخبرة الصادمة، وثلاثة أعراض من التجنب، وعرضين من أعراض الاستثارة) بأنهم يعانون من اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

صدق وثبات المقياس

قام الباحث بالتحقق من صدق وثبات المقياس، مع العلم أن المقياس يتمتع بصدق المحتوى لاعتماده على المحكات التشخيصية لـــ DSM-IV، ولاستخراج صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي تم حساب معامل الاتساق لفقرات المقياس باستخدام معادلة كرونباخ ألفا حيث بلغت قيمته (0.89).

وأجرى الباحث حساب معامل الارتباط بين درجات فقرات المقياس والدرجة الكلية كما في الجدول (1) الآتي:

جدول (1)

معامل الارتباط بين درجات فقرات المقياس والدرجة الكلية.

رقم الفقرة	معامل الارتباط
1	0.509
2	0.408
3	0.47.2
4	0.768
5	0.461
6	0.572
7	0.484
8	0.373
9	0.690
10	0.506
11	0.442
12	0.492
13	0.803
14	0.468
15	0.564
16	0.555
17	0.794

أما صدق المقياس، فقد قام الباحث بحساب الصدق التلازمي لمقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة مع مقياس سبلبرجر(Spielberger) للقلق كسمة (ملحق 3) على عدد من الأفراد مكونة من 17 فرداً من خارج أفراد العينة، وقد بلغ معامل الصدق (0.697)، كما استخرج

صدق البناء من خلال إيجاد معاملات ارتباط كل فقرة مع الدرجة النهائية كمؤشر على صدق البناء، فتراوحت الارتباطات بين (0.31 -0.74).

2- البرنامج المعرفي السلوكي

قام الباحث ببناء برنامج إرشاد جمعي (ملحق 5) مستند إلى النظرية المعرفية السلوكية لتخفيض اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند عينة الدراسة، بعد الاطلاع على عدد من المراجع العلمية في النظرية المعرفية السلوكية، والدراسات السابقة، وعدد من المواقع الإلكترونية، وتم استخدام مجموعة من الاستراتيجيات العلاجية المعرفية السلوكية في بناء البرنامج المعرفي السلوكي، وهي:

1- توعية المشاركين باضطراب الضغوط التالية للصدمة (ملحق 4).

2- الاسترخاء العضلي.

3-استراتيجية وقف الأفكار.

4-استراتيجية صرف الانتباه.

5-التحصين التدريجي ضد الضغوط النفسية.

6-تحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية.

7- استراتيجية حل المشكلات.

8- تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (EMDR).

وقد تكون البرنامج من عشرة جلسات، بالإضافة إلى جلسة تمهيدية في بداية البرنامج، وجلسة ختامية في نهاية البرنامج. مدة كل جلسة من 90 – 120 دقيقة بمعدل جلستين كل أسبوع، حيث كانت تعقد الجلسات كل يوم اثنين وخميس من كل أسبوع الساعة الحادية عشرة

صباحا، اعتبارا من يوم الخميس 2013/1/17 ولغاية يوم الاثنين 2013/2/25 م. وتم تطبيق قياس المتابعة بتاريخ 2013/3/25م.

وقد قام الباحث بعرض البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي على عدد من المحكمين المختصين في مجال الإرشاد النفسي في الجامعات الأردنية (ملحق 6)، لمعرفة آرائهم في مدى مناسبة البرنامج للأهداف التي وضع لأجلها، والمهارات المستخدمة، ومدة التطبيق، وقد تم الأخذ بآراء المحكمين التي كانت في الغالب تنظيم في تقديم الاستراتيجيات التي استخدمت في البرنامج.

متغيرات الدراسة

المتغير المستقل: البرنامج الإرشادي.

المتغير التابع: أعراض اضطراب ما بعد الصدمة.

إجراءات الدراسة

تم الحصول على تسهيل مهمة من عمادة كلية التربية – جامعة اليرموك موجهة إلى معهد العناية بصحة الأسرة – مؤسسة نور الحسين/ عمان، حيث إن المؤسسة تقوم بتقديم الدعم النفسي للمهجرين في مخيماتهم، ولها مكاتب دائمة في كل مخيمات المهجّرين. بعد الحصول على الموافقة من معهد العناية بصحة الأسرة – مؤسسة نور الحسين على بدء التطبيق في مخيم المهجّرين في الرمثا –الحدائق، وقام الباحث بتوزيع مقياس اضطراب ما بعد الصدمة على عدد من المهجّرين في المخيم بطريقة عشوائية. وبعد تصحيح المقياس تم اختيار عينة قصديه مكونة من (24) فرداً من المهجّرين ممن يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة بدرجة مرتفعة، وتم توزيعهم إلى مجموعتين بطريقة عشوائية (تجريبية وضابطة)، وأخذ موافقة مبدئية من كل فرد على الاشتراك في المجموعة الإرشادية، وبعدها تم توقيع عقد اتفاق (ملحق 1) مع الأفراد

المشاركين في البرنامج العلاجي. وتمت جلسات البرنامج في مكتب لمعهد العناية بصحة الأسرة – مؤسسة نور الحسين في مخيم المهجّرين في مدينة الرمثا/ الحدائق، تراوحت مدة الجلسات من 90–120 دقيقة بواقع جلستين في الأسبوع.

المعالجة الإحصائية

تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد عينة الدراسة (التجريبية والضابطة) القبلية والبعدية والمتابعة على المقياس، وللمقارنة بين هذه الدرجات والتأكد من دلالة هذه الفروق إحصائيا، وتم استخدام اختبار تحليل التباين المصاحب (ANCOVA) واختبار (t–test) لتحقيق هذا الغرض.

الفصل الرابع

نتائج الدراسة

هدفت هذه الدراسة معرفة مدى انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى المهجّرين السوريين، كما هدفت التعرف إلى أثر برنامج إرشاد معرفي سلوكي في خفض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة لدى عينة من المهجّرين السوريين إلى الأردن.

وسيتناول هذا الفصل النتائج التي توصلت إليها الدراسة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

ينص السؤال الأول على

"ما مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن؟

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المئوية لمستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (2)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لمستوى **اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن مرتبة تنازلياً حسب المتوسط المئوي.**

الرتبة	المجال	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
1	استعادة الخبرة الصادمة	11.85	4.81
2	تجنب الخبرة الصادمة	14.96	5.81
3	الاستثارة	9.68	4.80
	الانتشار ككل	**36.49**	**13.03**

يبين الجدول (2) أن المتوسطات الحسابية قد تراوحت ما بين (9.68–14.96)، حيث جاء مجال استعادة الخبرة الصادمة في المرتبة الأولى بأعلى متوسط مئوي بلغ (59.27)، تلاه

في المرتبة الثانية مجال تجنب الخبرة الصادمة بمتوسط مئوي بلغ (53.43)، بينما جاء مجال الاستثارة في المرتبة الأخيرة وبمتوسط مئوي بلغ (48.39)، وبلغ المتوسط الحسابي للانتشار ككل (36.49).

وقد تم حساب انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع DSM-IV للأمراض النفسية لذلك تم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية، وهي:

وجود عرض وأحد من أعراض استعادة الخبرة الصادمة، وثلاثة أعراض من التجنب، وعرضين من الاستثارة. ويبين الجدول (3) درجة انطباق المقاييس على أفراد العينة ممن كانت إجاباتهم على بنود المقاييس (غالبا، دائما):

جدول (3)

انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة حسب التشخيص الأمريكي الرابع DSM-IV للأمراض النفسية على المقاييس الفرعية الثلاثة للمقياس.

درجة انطباق المقاييس	التكرار	النسبة المئوية
لا ينطبق	27	% 8.7
ينطبق مقياس فرعي واحد	45	%14.5
ينطبق مقياسين فرعيين	90	%29.0
ينطبق ثلاثة مقاييس فرعية	148	%47.7
المجموع	**310**	**%100**

يبين الجدول (3) أن 8.7% من أفراد العينة لا يعانون أي أعراض لاضطراب الضغوط التالية للصدمة، بينما 14.5% حققوا محكات أحد المقاييس الفرعية الثلاثة، وأن 29% من أفراد العينة حققوا محكات مقياسين فرعيين من مقاييس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، ونلاحظ أن 47.7% حققوا محكات المقاييس الفرعية الثلاثة، وبذلك فإنهم يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

ينص السؤال الثاني على:

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة تعزى لأثر البرنامج؟"

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية المعدلة لدرجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة)، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (4)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات الحسابية المعدلة لدرجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة تبعا لمتغير المجموعة (تجريبية، ضابطة).

الفئات	القبلي		البعدي		المتوسط المعدل	العدد
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري		
تجريبية	56.42	3.502	17.17	4.970	16.72	12
ضابطة	54.50	6.922	56.00	5.274	56.45	12
المجموع	**55.46**	**5.453**	**36.58**	**20.458**	**36.58**	**24**

يبين الجدول (4) أن المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج كان (56.42)، وقد انخفض المتوسط الحسابي للمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج، حيث بلغ (17.17)، بينما كان المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة في القياس القبلي (54.50)، وفي القياس البعدي كان المتوسط الحسابي للمجموعة الضابطة (56.00)، ويبين الجدول تبايناً ظاهرياً في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والمتوسطات المعدلة لدرجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة بسبب اختلاف فئات متغير المجموعة (تجريبية، ضابطة). ولبيان دلالة

الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام تحليل التباين الأحادي المصاحب كما هو في جدول (5).

جدول (5)

تحليل التباين الأحادي المصاحب لأثر البرنامج على درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

المصدر	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية	الدلالة العملية
القبلي (المصاحب)	145.341	1	145.341	7.060	.015	.252
المجموعة	9166.299	1	9166.299	445.248	.000	.955
الخطأ	432.326	21	20.587			
الكلي	**9625.833**	**23**				

يتبين من الجدول (5) الآتي:

وجود فروق ذات دلالة إحصائية (α = 0.05) تعزى لأثر البرنامج حيث بلغت قيمة ف (445.248) وبدلالة إحصائية 0.000. وجاءت الفروق لصالح المجموعة التجريبية.

النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

ينص السؤال الثالث على:

هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لأثر البرنامج بعد مرور شهر؟".

للإجابة عن هذا السؤال تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة للتطبيقين البعدي والمتابعة لدى المجموعة التجريبية بعد

مرور شهر، ولبيان الفروق الإحصائية بين المتوسطات الحسابية تم استخدام اختبار "ت" للبيانات المترابطة، والجدول أدناه يوضح ذلك.

جدول (6)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" للبيانات المترابطة بين التطبيقين البعدي والاحتفاظ في المجموعة التجريبية.

التطبيق	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجات الحرية	الدلالة الإحصائية
بعدي	12	17.17	4.970	1.045-	11	.318
المتابعة	12	18.75	3.306			

يتبين من الجدول (6) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية ($\alpha = 0.05$) بين التطبيقين البعدي والمتابعة للمجموعة التجريبية؛ أي أن المجموعة التجريبية احتفظت بالتحسن.

الفصل الخامس

مناقشة النتائج والتوصيات

أولا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الأول

"ما مستوى اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من السوريين المهجّرين إلى الأردن؟

تشير النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أن اضطراب الضغوط التالية للصدمة ينتشر بنسبة عالية بين المهجّرين السوريين إلى الأردن، حيث بلغ مستواه بينهم 47.7%، وهي نسبة مرتفعة بين المهجّرين، وهي تعكس المعاناة التي تعرضوا لها من تعذيب بأشكاله كافة، ومشاهدة القتل أو السماع عنه، أو التدمير، أو الاغتصاب.... الخ. وقد تعرض العديد من المهجرين إلى التعذيب، ولا زالت آثاره ظاهره على أجسامهم، فبعضهم تعرض للتعليق داخل غرفة بحبال مدة أسبوع، وآخرون تم إطفاء أعقاب السجائر في أجسادهم في أثناء التحقيق معه، والآخر ضُرب بأسلاك الحديد التي لا زالت آثارها واضحة على جسده، بالإضافة إلى أن بعضهم تم اقتلاع شاربه، وشتم الذات الإلهية والدين الإسلامي على مسمعهم، والقيام بعملية إعدام لعدد من الرجال والنساء أمام أعينهم، بعد جمعهم في ميدان عام. كما لم يسلم العديد منهم من مداهمة منزله في أوقات متفرقه من اليوم، وبشكل مفاجئ ودون استئذان مما سبب لهم ولأطفالهم الرعب والخوف. وخسر العديد منهم منازلهم التي عاشوا فيها، حيث أنها فُجّرت وسويت بالأرض أمام أنظارهم، وآخر تم تسميم ماشيته أو حرق مزارعه أمامه. أو أخذ أمواله كاملة مقابل عدم تعذيبه هو أو تعذيب أحد أفراد أسرته، كما أنه تم اغتصاب النساء أمام أعينهم، مع تحفظ العديد منهم على ذكر هذا الموضوع لما له من آثار نفسية واجتماعية على الأسرة بالكامل. كما أن عدد من المهجرين أُصيبوا بأعيرة نارية في أثناء تواجدهم في بلادهم، ولا زالوا

يعالجون في المستشفيات الأردنية، وحُرم العديد من المهجّرين-المرضى- من العلاج الضروري لهم مما سبب لهم مضاعفات خطيرة.

والشخص الذي يعيش في مثل هذه الأوضاع، ولا يشعر بالأمان، ومهدد هو وأفراد أسرته بالتعذيب والقتل، أو تدمير المنزل، أو فقدان مصدر الرزق، أو سرقت أمواله، أو مداهمة منزله في أي وقت من ليل أو نهار،...الخ. مثل هذا الشخص يعيش في قلق وخوف وتوتر دائم طيلة يومه تقريباً، فغالباً ما يُصاب هذا الشخص باضطراب الضغوط التالية للصدمة، أو الاكتئاب، أو الأمراض النفس جسمية، أو أي شكل من أشكال الاضطرابات النفسية.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع النتائج التي توصل إليها صيدوم وثابت (2012) التي أشارت إلى أن نسبة انتشار الضغوط التالية للصدمة بلغت بين الذكور والإناث 54%، كما اتفقت نتائج الدراسة مع نتائج دراسة وزارة الصحة في الجزائر بالتعاون مع اليونيسف (2002) التي أشارت إلى أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة بلغت 58.09%-3.26% حسب المدينة التي تعرضت للأعمال الإرهابية. كما أن نتائج هذه الدراسة اتفقت مع دراسة هسانوفك (Hasanovic, 2012) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين الأفراد في البوسنة تراوح بين 72.9%-47.6% حسب المنطقة التي يعيش فيها الفرد وقربها أو بعدها من القصف والقتل والتدمير. واتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة العطراني (1995) التي توصلت إلى أن 65% من الأفراد الذين فقدوا فردا من عوائلهم أو أقاربهم يعاني من اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأن نسبة الإصابة باضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أقارب الضحايا وأصدقائهم كانت 37%. وفي المتوسط، فإن النسبة تبلغ 52%. كما أنها اتفقت مع نتائج دراسة المومني والزغول (2008) التي أشارت إلى أن النسبة المئوية للدرجة الكلية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق

عمان الإرهابية بلغ 75.3%. وأيضا اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة القدومي والحلو (2003) التي أشارت إلى أن النسبة المئوية للدرجة الكلية لاضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى وصلت إلى 71.4%. أيضا اتفقت مع نتائج هذه الدراسة مع دراسة شكور والنابلسي (1992) التي توصلت إلى أن 60%-80% من اللبنانيين الذين يعيشون في لبنان في أثناء الحرب الأهلية يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة. إلا أن نتائج الدراسة لم تتفق مع دراسة بيلز أولمز وآخرون (Perez- Olmos et al, 2005) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين الأطفال في سن المدرسة في ثلاث من المدن في كولومبيا بلغت 23.2%-1.2%، وقد يعود السبب في عدم الاتفاق إلى أن الفئة العمرية التي كانت مختلفة في دراسة بيرلز أولمز.

كما أنها لم تتفق مع نتائج دراسة فيلا وآخرون (Vila et al, 1999) التي توصلت إلى أن نسبة انتشار اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين الأطفال الذين تم احتجازهم كرهائن في الصف في فرنسا بلغ 42.3%، لاعتمادها على الأطفال فقط.

ثانيا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) في درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة بين درجات أفراد المجموعة التجريبية ودرجات أفراد المجموعة الضابطة تعزى لأثر البرنامج الارشادي؟"

تشير النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى فاعلية البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أفراد عينة الدراسة ممثلة بانخفاض الدرجة الكلية على مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة عند المجموعة التجريبية. ويمكن عزو النتائج المتعلقة بفاعلية البرنامج إلى ما تم استخدامه في البرنامج الإرشادي المعرفي

السلوكي، من استراتيجيات وتدريبات معرفية وسلوكية تساعد في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة. ففي بداية البرنامج تم استخدام استراتيجية الاسترخاء العضلي، وذلك بهدف زيادة شعور الأفراد بالراحة والاسترخاء خلال يومهم، فهذه الاستراتيجية تساعد الأفراد في التقليل من القلق والتوتر كما أنها تساعد على النوم ليلا، وهذا ما حدث حيث إن بعض الأفراد أشار إلى أنه وبعد استخدام هذه الاستراتيجية تحسن نومه ليلا بشكل جيد، وأشار عدد منهم إلى أنه بدأ يشعر أن توتره بدأ يقل عما كان عليه سابقا، حتى أن تعامله مع أفراد أسرته تغير بعض الشيء.

أما استراتيجية وقف التفكير التي استخدمت في البرنامج بهدف التخلص من الأفكار التي تقتحم وعي الفرد وتسبب له الإزعاج والقلق والتوتر، فقد أشار عدد من الأفراد أنه وبعد استخدام هذه الاستراتيجية انخفضت عنده الأفكار المزعجة، كما بدأ عدد من الأفراد يتذكرون الصوت العالي المزعج أو ألم المطاط المربوط على المعصم عندما تأتيهم الأفكار المزعجة. وهذا ما تهدف إليه هذه الاستراتيجية وهو اشراط مثير منفر مع فكرة مزعجة يريد الشخص التخلص منها، مما يؤدي إلى إطفاء هذه الفكرة.

كما ذكر بعض الأفراد إن استراتيجية صرف الانتباه التي استخدمت ساعدتهم في أبعاد تذكر الأشياء التي تسبب التوتر والقلق عندهم مما أشعرهم بالهدوء والراحة بشكل أفضل من السابق. وقال عدد من الأفراد أن بعض الأفكار التي كانوا يقتنعون بها ومتمسكون بها تم تصحيحها والنظر إليها بطريقة أخرى وبشكل أفضل، واختلفت طريقة تفكيرهم في كثير من المواضيع والأحداث. فبعضهم كان يحمل أفكار لاعقلانية مثل أنني لن أكمل دراستي إلا في بلدي، أو أنني لن أعود إلى بلدي، أو أنني سوف أموت خارج بلدي، أو أنني شخص سئ الحظ

وتعيس،... إلخ. لكن تم تغير هذه الأفكار في نهاية البرنامج واقتنع الأفراد بأن هذه الأفكار غير عقلانية وغير منطقية.

وذكر العديد من الأفراد أيضا أن طريقة تعاملهم مع المشكلات التي تواجههم أصبحت أفضل مما كانت عليه سابقا، حيث أنهم بداوا يستخدمون طريقة منظمة في حل مشكلاتهم وساعدتهم كثيرا، قال عدد من الأفراد ان حياتهم الأسرية تحسنت عما كانت عليه سابقا، وأصبحوا يشعرون بالحب تجاه أفراد أسرتهم والآخرين.

أما تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة، فقد تم استخدامه مع الأفراد وتدريبهم عليه، وأفادوا أنهم شعروا بتحسن وضعف مفعول الصدمات التي تعرضوا لها، إلا أنه كان فعّالا جدا مع أحد الأفراد، الذي تعرض لصدمة جديدة، وهي حريق كرفان عائلة مما أدى إلى وفاة ثمانية من أفراد الأسرة في هذه الحادثة، وبقي صاحبه فقط على قيد الحياة، إلا أنه نقل إلى المستشفى بحاله خطرة، فقام هذا الفرد بمحاولة انتحار؛ نتيجة استعادة الخبرة الصادمة. فقال هذا الفرد إنه شعر بتحسن كبير عندما طبق استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة.

وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة السنباني (2005)، ودراسة قام بها بني يونس (2005)، ودراسة بدران (2010)، ودراسة مؤمن وحشاد (2008)، ودراسة كوباني وهل وأونس (Kubany, Hill & Owens, 2003)، ودراسة أحمدي وآخرون (Ahmadi et. al, 2012)، ودراسة جيرادي وآخرون (Geradi, Rothbaum, Ressler & Heekin, 2008)

.

بالإضافة إلى الاستراتيجيات التي استخدمت في برنامج الإرشاد المعرفي السلوكي، يقول سلوان وبوفن وسكنر(Sloan, Bovin, & Schnurr, 2012) إن منهجية الإرشاد الجمعي تتميز بالكثير من الخصائص والمميزات التي تتيح للأفراد فرصة التفاعل مع بعضهم بعضا،

والحوار، واكتساب العديد من الخبرات وتبادلها مع أفراد الجماعة، وهذا الأمر يقود الفرد إلى حاله يشعر فيها بالوعي والثقة والاستبصار الذاتي وتقييم ردود أفعاله، والحكم عليها بصورة منطقية ومقبولة، وهذا كله يحدث في جو يسوده الاحترام المتبادل والثقة والأمن وهذه أساس في الإرشاد الجمعي، حيث إن المشاركة في مجموعة يعاني أفرادها من مشكلات متشابهه بالإضافة إلى أنه يوفر للفرد جوا مناسبا من التعلم والتدريب، فإنه أيضا يشعر الفرد بأنه ليس هو فقط يعاني من هذه المشكلات، وإنما يوجد غيره يعاني من مشكلات شبيهةٌ لمشكلته.

ولقد تضمن البرنامج الإرشادي الذي تم تطويره لخفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة العديد من الاستراتيجيات التي أثبتت الدراسات فاعليتها في علاج هذا الاضطراب مثل الاسترخاء العضلي الذي قام بني يونس (2005) باستخدامه على مجموعة تعاني اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وأظهرت النتائج فاعليته، وأن الاسترخاء العضلي مرتبط بالناحية الجسمية ونتائجه سريعة كما أنه أكثر متعه وتقبلا لدى أفراد المجموعة. كذلك تم استخدام استراتيجية وقف التفكير، وذلك بهدف إشراط الأفكار المزعجة مع مصدر آلم أو صوت مزعج، وبالتالي تختفي هذه الأفكار، وأيضا تم استخدام استراتيجية صرف الانتباه، واستراتيجية حل المشكلات، وتحديد الأفكار اللاعقلانية وتفنيدها، وهذه الأساليب ثبت بالدراسات نجاحها في علاج المشكلات الناتجة عن القلق والتوتر والضغط النفسي عند الأفراد، وأيضا لمواجهة الضغوط المستقبلية تم استخدام استراتيجية التحصين ضد الضغوط، وأيضا استخدم استراتيجية جديد لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة وهي استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة EMDR والدراسات أشارت إلى فعاليته في علاج هذا الإضطراب.

وإن الأساليب المستخدمة في البرنامج الإرشادي الحالي المستخدم في الدراسة تعتبر من أنجح الأساليب في معالجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة، كما أنه يمكن أن تستخدم بكل

يسر وسهوله في البيت وفي أي وقت يشاء الفرد استخدامها، فهي أساليب عملية وذات فائدة، ويمكن نقل أثرها وتعميمها خارج أوضاع الجلسات الإرشادية. وهذا ما تؤكده الدراسات من أن المهارات المعرفية والسلوكية مهارات حياتية قابله للتعميم خارج الجلسات التدريبية، وأن ممارستها تزيد من اقتناع الفرد بها، واعتياده على استخدامها، ونزعته لإدراك الأمور وفق مبادئها ما يعني استمرارية تحقيق مشاعر، وتقديم استجابات منتجة ووظيفية في ظل إدراك عقلاني ومنطقي لأحداث الحياة المتنوعة وضغوطاتها.

ثالثا: مناقشة النتائج المتعلقة بالسؤال الثالث

"هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة (α = 0.05) في درجة اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى أفراد المجموعة التجريبية تعزى لأثر البرنامج بعد مرور شهر؟"

أظهرت نتائج التحليل أن المجموعة التجريبية احتفظت بالتحسن بعد شهر من المتابعة، بل إن التحسن ارتفع بعض الشيء، ويرجع الباحث استمرار النتائج التي حصلت عليها المجموعة التجريبية لأسباب عدة، منها: إن الاستراتيجيات الإرشادية المعرفية السلوكية التي تعلمها الأفراد في أثناء البرنامج الإرشادي استمر تأثيرها بعد شهر من انتهاء البرنامج، وهذا ما كشفت عنه الدراسات من أن العلاج المعرفي السلوكي للاضطراب الضغوط التالية للصدمة يكون تأثيره لفترة طويلة مقارنة بالعلاج الدوائي.

وإن الالتزام الواضح الذي ظهر من أفراد المجموعة التجريبية، من التزام بمواعيد الجلسات، والحرص على حضورها، والالتزام بالمشاركة الفعالة، والواجبات البيتية التي كانت تطلب منهم، يمكن تفسيره بالعلاقة الإرشادية التي حرص الباحث على تطويرها مع أفراد المجموعة التجريبية، والثقة، والسرية، والانفتاح الذي كان سائداً في أثناء جلسات البرنامج،

بالإضافة إلى الأنشطة التي تم استخدامها في الجلسات وساعدت على تماسك المجموعة وانفتاحها.

ومع استمرار أفراد الجماعة بتطبيق الاستراتيجيات- التي تعلموها في أثناء الجلسات- بعد انتهاء البرنامج نلاحظ أن التحسن استمر بل إن أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة قد انخفضت بعض الشيء عما كانت عليه بعد انتهاء البرنامج مباشرة، وهذا راجع إلى الاستمرار في تطبيق الفنيات الإرشادية التي تعلمها الأفراد والتزامهم بها بعد البرنامج، حيث إنهم شعروا بفائدة هذه الفنيات وأثرها في خفض أعراض الاضطراب، وشعورهم بالراحة، وتحسن وضعهم النفسي عما كانوا عليه قبل البرنامج.

بالإضافة إلى ذلك، فإن الاستراتيجيات التي تعلمها الأفراد يمكن أن تستخدم على مدى واسع من المشكلات النفسية الأخرى، كالاكتئاب، والخجل، وضعف الثقة بالنفس، ومشكلات القلق بشكل عام، . ..إلخ. فالاسترخاء العضلي الذي تعلمه الأفراد مفيد في كثير من الحالات المرضية، حتى إن بعض العلماء أفاد بأن الاسترخاء مفيد في علاج السرطان. وأما استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة EMDR فإن هذه الاستراتيجية جديدة والعديد من المراكز العالمية تعتمد عليها بشكل كبير، وتستخدمها في الكثير من حالات اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وما أن يتعلمها الفرد يستطيع استخدامها بكل سهوله ويسر مع الشخص الآخر في المجموعة.

وبشكل عام، فإن البرنامج المعرفي السلوكي الذي تم استخدامه مع أفراد المجموعة، بكل ما اشتمل عليه من استراتيجيات معرفية سلوكية أثبت فاعليته في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة، مع المحافظة على استمرار هذا التحسن لوقت طويل بعد البرنامج.

التوصيات

لقد أوصى الباحث بإجراء دراسات أخرى على المهجّرين حول مدى انتشار الاكتئاب، ومحاولات الانتحار، ومدى انتشار الأمراض النفس جسمية، وتطبيق البرنامج المعرفي السلوكي على مشكلات أخرى الاكتئاب ومشكلات القلق الأخرى، كما أوصى أيضا ببناء مركز متخصص في الأردن لعلاج اضطراب الضغوط التالية للصدمة، لما لهذا الاضطراب من آثار سيئة على الأفراد المعرضين للصدمات النفسية.

المصادروالمراجع

المراجع باللغة العربية

أبو طالب، علي بن منصور. (2011). *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأمن النفسي لدى عينة من الطلاب النازحين وغير النازحين من الحدود الجنوبية بمنطقة جازان*. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة أم القرى، السعودية.

أبو نجيله، سفيان محمد. (2001). *مقالات في الشخصية والصحة النفسية*، مركز البحوث الإنسانية والتنمية الاجتماعية، مطبعة منصور، غزة.

أحمد، عبد الباقي دفع الله، وعكاشة، علي الجبلي الشيخ وعبد المجيد، عبد الرحمن عثمان. (2012). اضطراب ما بعد الصدمة وسط الأطفال والمراهقين بمعسكرات النازحين بولاية غرب دارفور. *مجلة دراسات أفريقية*، جامعة إفريقيا العالمية، *46* ( )، 241- 289 .

الأمم المتحدة. (1993). حقوق *الإنسان مجموعة صكوك دولية*، نيويورك، المجلد الأول، 892.

بدران، سعاد. (2010). *أثر برنامج علاجي سلوكي معرفي في خفض أعراض اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى عينة من النساء المعنفات في مدينة عمان*، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، الأردن.

بلانش، جان. (1985). معجم *مصطلحات التحليل النفسي*(مصطفى حجازي، مترجم). بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر.

بني يونس، محمد. (2005). مدى فاعلية أسلوب الاسترخاء العقلي في خفض مستوى أعراض ما بعد الصدمة النفسية لدى عينه من الطلبة المصابين في الجامعة الأردنية. *دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، الجامعة الأردنية، 32*(3)، 581 – 594.

ثابت، عبد العزيز. (2012). مقياس كرب ما بعد الصدمة لدافيدسون، أكاديمية علم النفس، استرجعت في 10 حزيران، 2012 من المصدر http://www.acofps.com .

جولمان، دانييل. (2000). *الذكاء العاطفي* (ليلى الجبالي، مترجم). الكويت: عالم المعرفة. (1998).

حسنين، عائدة عبد الهادي وقوته، سمير رمضان. (2004). *الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

حسنين، عائدة عبد الهادي، وقوته، سمير رمضان. (2004). *الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل*، رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الإسلامية، غزة.

الرابطة الأمريكية للطب النفسي. (2001) الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية المعايير التشخيصية (أمينة السماك وعادل مصطفى، مترجم). الكويت: مكتبة المنار الإسلامية. تاريخ النشر الأصلي (1994).

رضوان، سامر جميل. (2006). الآثار النفسية للخبرات الصادمة: الإرهاقات المتطرفة والذبح النفسي، *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية 3* (12) 64-97.

الزعبي، ابتسام. (2010). تقنيات العلاج السلوكي الإدراكي. استرجعت 5 كانون أول، 2012 من المصدر http://forum.merkaz.net.

الزغول، رافع والمومني، فواز. (2011). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى الناجين والأسر المتضررة من تفجيرات فنادق عمان الإرهابية، *مجلة البحوث الأمنية*، *50*، 223 – 270.

سعدا، محمد. (2003). *حلقة بحث في مادة الحرب النفسية*. جامعة دمشق: قسم علم النفس.

السنباني، إيمان. (2005). *فاعلية برنامج علاج معرفي سلوكي في تخفيف اضطراب الضغوط التالية للصدمة لدى الأطفال المساء إليهم*. رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة الأردنية، عمان.

شكور، جليل والنابلسي، محمد. (١٩٩٢). عصاب *الحرب اللبنانية*. *مجلة الثقافة النفسية*، لبنان، *3*(١)، ٤٩–105 .

الشيخ، منال وبركات، مطاع. (2011). أساليب التعامل مع اضطراب الضغوط التالية للصدمة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات: دراسة ميدانية مقارنة لدى الأطفال الذين تعرضوا لحوادث سير (9–12) سنة في محافظة دمشق. *مجلة جامعة دمشق*، *27*(43)، 847 – 887 .

صالح، قاسم حسين. (2006). اضطراب ما بعد الضغوط الصدمية. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، *2* (12).

صايمة، ضياء الدين. (2005). *مدى فاعلية برنامج إرشادي مقترح في التفريغ الانفعالي للتخفيف من آثار الخبرات الصادمة لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا*. رسالة ماجستير غير منشورة.الجامعة الإسلامية،غزة.

الصبوة، محمد نجيب. (2000). مراجعة نظرية نقدية لأثر اضطراب الضغوط التالية للصدمة والعوامل المرتبطة بها على كفاءة بعض الوظائف النفسية لدى عينات عربية وعالمية من المصدومين، *مجلة الثقافة النفسية*، *11* (44)، 79- 117.

صيدوم، رياض خضر محمود وثابت، عبد العزيز. (2012). اضطرابات الشدة التالية للصدمة من منظور عربي. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية*، *3* (2).

عادل، عبد الله. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. مصر: دار الرشاد.

عبد الخالق، أحمد. (1998). *الصدمة النفسية مع إشارة خاصة إلى العدوان العراقي على دولة الكويت*. مطبوعات جامعة الكويت.

عبد الرحمن، محمد السيد. (1999). *علم الأمراض النفسية والعقلية (الأسباب-الأعراض- التشخيص- العلاج)*. مصر: دار قباء.

العتيبي، غازي. (2001). اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة الكويت، الكويت.

العطراني، سعد سابط. (1995). *عقابيل التعرض للشدائد النفسية لدى طلبة المرحلة الإعدادية من عوائل ضحايا ملجأ العامرية والعوائل المحيطة به*.رسالة ماجستير غير منشورة. الجامعة المستنصرية، العراق.

عكاشة، أحمد. (2003). *الطب النفسي المعاصر*.القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية.

علاء الدين، جهاد وعبد الرحمن، عز الدين. (2011). فاعلية برنامج إرشاد جمعي في خفض التوتر والتشاؤم لدى أمهات الأطفال الأردنيين المصابين بالسرطان. *المجلة الأردنية في العلوم التربوية*، *جامعة اليرموك*، *7* (4)، 371-397.

عودة، محمد محمد والطهراوي، جميل حسن. (2010). *الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة*. رسالة ماجستير غير منشورة . الجامعة الإسلامية، غزة.

العيسوي، عبد الرحمن. (2007). *الحياة العسكرية من المنظور السيكولوجي*. مصر: دار الفكر الجامعي.

فرج، عبد اللطيف حسين. (2009). الاضطرابات النفسية الخوف–القلق–التوتر–الانفصام–الأمراض النفسية للأطفال. المملكة العربية السعودية: دار الحامد للنشر والتوزيع.

القدومي، عبد الناصر والحلو، غسان. (2003). اضطراب الضغوط التالية للصدمة والتعايش معها لدى آباء وأمهات شهداء انتفاضة الأقصى في محافظات نابلس وطولكرم وقلقيلية. *مجلة رسالة الخليج العربي، 89* (2).

القشعان، حمود. (2009). *معالجة الصدمات النفسية في أثناء الكوارث*.الرياض :كلية التدريب قسم البرامج التدريبية.

كوري، جيرالد. (2011). *النظرية والتطبيق في الإرشاد والعلاج النفسي* (سامح الخفش، مترجم). عمان: دار الفكر.(تاريخ النشر الأصلي، 2009).

مجيد، سوسن شاكر. (2011). اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمية التي يعاني منها أعضاء هيئة التدريس في الجامعات العراقية: دراسة ميدانية. *مجلة الفتح*، 47، 303 – 339.

المحارب، ناصر. (2000). *المرشد في العلاج الاستعرافي السلوكي*. السعودية: مكتبة الملك فهد الوطنية.

محمد، عادل. (2000). *العلاج المعرفي السلوكي أسس وتطبيقات*. مصر: دار الرشاد.

مسعودة، سعدوني. (2012). الدليل العملي لرعاية ضحايا الصدمة مصير الأطفال المصدومين من جراء العنف ماذا بعد التكفل النفسي. *مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 4*

مكتب الإنماء الاجتماعي. (2001). سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية. الكويت: الديوان الأميري.

منظمة العفو الدولية. (2012). الأوضاع في سوريا، استرجعت في 6 كانون الأول، 2012 من المصدر http://www.amnesty.org/ar.

مؤمن، داليا وحشاد، إيناس. (2008). *الإرشاد النفسي لعينة ناجين من كارثة تفجيرات مدينة دهب*. جامعة عين شمس، مصر.

النابلسي، محمد أحمد. (1991). *الصدمة النفسية، علم نفس الحروب والكوارث*. بيروت: دار النهضة العربية.

يعقوب، غسان. (1999). *سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي*. لبنان: دار الفارابي.

المراجع الأجنبية :

Abu Nada, I., Westreich, C, S., Broeck, V, W., & Celestin, P, L. (2008). Posttraumatic stress among Palestinian adolescents in the Gaza Strip: An analysis of event-related and demographic factors. *Europe's Journal of Psychology, 6* (4), 32-55.

Ahmadi, S. J., Kajbaf,. M. B., & Doost, H . T.N. (2012). Efficacy of trauma focused- cognitive-behaviour therapy on symptoms of post traumatic stress disorder (PTSD) in displaced war-exposed adolescents in afghanistan: a comparison study of TFCBT with psychological debriefing. *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business. 4* (4), 1084-1089.

American Psychiatric Association . (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR*. Washington, D.C,USA.

Arthur, S, R. (1987). Dictionary of Psychology, the Penguin – England.

Badri, A., Crutzen, R . , & Borne, V.(2012). Exposures to war-related traumatic events and post-traumatic stress disorder symptoms among displaced Darfuri female university students: An exploratory study. *BMC Public Health*, *12* (603), 1-9.

Boudewyns, P, A & Shipley, R, H.(1983). *Flooding and implosive therapy: direct therapeutic in clinical practice*. New Yourk- Pleum Press.

Cohen, M. H., Shi, Q., Fabri, M., Mukanyonga, H., Cai, X., Hoover, D. R., Binagwaho, A., & Anastor, K. (2011). Improvement in posttraumatic ptress disorder in postconflict rwandan women. *Journal of Women's Health, 20* (9), 1325-1332.

Cukor, J., Olden, M., Lee, F.,& Difede, J. (2010). Evidence-based treatments for PTSD new directions and special challenges. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1208* (1),82-89.

Dahl, S., Mutapcic, A.,& Schei, B.(1998). Traumatic events and predictive factors for posttraumatic symptoms in displaced bosnian women in a war zone. *Journal of Traumatic Stress*, *11*(1), 137-145.

Durosaro, I. A.**,** Ajiboye, S. K., Olawuyi, O., & Adebanke, N. M. (2012). Cognitive-behavioural therapy (CBT): A counselling intervention for post- traumatic stress disorder (PTSD) among internally displaced persons (IDPs)**.** *European Journal of Social Sciences***,** *29* (2), 188-193**.**

EMDR International Association.(2013). EMDRIA Definition of EMDR . Retrived from october 15,2012, http:// www. http://www.emdria.org.

Eysenck, M. W.(2000). Psychology . Astudent's handbook . Psychology Press Ltd, UK: Publishers.

Forster. B. A.(2010).A Statistical overview of displaced persons. *National Social Science,17* (1),38-44.

Gerardi, M., Rothbaum, O. B., Ressler, K., & Heekin. M. (2008). Virtual reality exposure therapy using a virtual Iraq: Case report . *Journal of Traumatic Stress*, *21* (2), 209–213.

Gilliland, B. & James, R. (1997). *Crisis intervention strategies*, (3rd _ed) Washington , D- C: Brooks.

Greden, F, J., Valenstein, M., Spinner, J., Blow, A., Gorman, L, A., Dalack, G, W., Marcus, S., & Kees, M. (2010). Buddy-to-buddy: A citizen soldier peer support program to counteract stigma, PTSD, depression, and suicide**.** *Annals of the New York Academy of Sciences*, *1208* (1), 90–97.

Hasanović, M.(2012). Posttraumatic stress disorder in Bosnian internally displaced and refugee adolescents from three different regions after the 1992-1995 war in Bosnia-Herzegovina. *Paediatrics Today,8* (1), 22-31.

Javidi, H., Yadollahie, M. (2012). Post-traumatic stress disorder. *The International Journal of Occupational And Environmental Medicine*,*3* (1), 2-9.

Kubany, ES., Hill, EE , & Owens, JA. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings: *Journal of Traumatic Stress*, *16* (1), 81-91.

Meis, L, A. Erbbes, C. & Polusny, M. (2009). Dyadic adjustment and PTSD symptoms among OIF veterans : Symptom clusters and pre- to post-deployment functioning, *Health Services Research& development service*, National meeting.

National center for PTSD.(2010).United states department of veterans affairs, Trauma and ptsd. Retrived from march 15,2012, http:// www. ptsd. va. gov.

Perez, O, I., Fernandez, P., & Rodado, F, S.(2005) The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. Revista de Salud Publica.7 (3), 268-280.

Peterson, L, A., Luethcke, A, C., Borah, V, E., Borah, M, A., & McCaughan, Y.S. (2011). Assessment and treatment of combat-related PTSD in returning war veterans, *Journal Clin Psychol Med Settings* ,*18* (2), 164–175.

Rizzo, S., Difede, J., Rothbsum, O, B., Reger, G., Spitalnick, J., Cukor, J., & Mclay, R. (2010). Development and early evaluation of the Virtual Iraq/Afghanistan exposure therapy system for combat-related PTSD, *Annals of the New York Academy of sciences*, 1208, 114–125.

Schmidt , M., Kravic, N., & Ehlert ,U. (2008). Adjustment to trauma exposure in refugee, displaced, and non-displaced Bosnian women. *Arch Womens Ment Health*, *11*(4), 269-276.

Skotnicka, J. (2012). Stabilisation mission in Iraq, the individual symptoms of PTSD and a comparison of the level of depression, anxiety and aggression among soldiers returning from the mission and soldiers that stayed in Poland, *Archives of Psychiatry and Psychotherapy. 14* (4), 9–17.

Sloan, M., Bovin, J., & Schnurr, P. (2012). PTSD group treatment, *JRRD, 49* (5), 689–702.

Tilley, S, D., Tilton, A., & Sandel, M. (2010). Biological correlates to the development of post traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: Impactions for practice, *Perspectives in Psychiatric Care,46* (1) 26- 35.

Uguak, U, A. (2004). The importance of psychological needs for the post traumatic stress disorder (PTSD) and displaced children in schools. *Journal of Instructional Psychology, 37* (4), 340-351.

Vila, G., Porche, L,& Mouren-Simeoni, M. (1999). An 18- month longitudinal study of posttraumatic disorders in children who were taken hostage in their school. *Psychosomatic Medicine*, *61* (6), 746-754.

الملاحق

ملحق (1)

عقد اتفاق

الاسم:.. العمر: . ...

حيث إنه وقع علّيَ الاختيار في أن أكون أحد المشاركين في البرنامج الإرشادي السلوكي- المعرفي الذي يطبقه المرشد "**موفق الإبراهيم**"، فإنني أوافق وألتزم بما ورد في هذا العقد المتعلق بتنظيم عمل المشاركين مع المرشد بحسب الشروط الآتية:

1. حضور الجلسات في المواعيد المحددة.
2. الانتباه لما يقوله المشاركون واحترام آراءهم.
3. المشاركة في النشاطات، وتشجيع الأعضاء على المشاركة.
4. الإصغاء الفعال والاهتمام بمشكلات المشاركين.
5. الاحترام المتبادل.
6. الحفاظ على السرية التامة لما يقال داخل الجلسات.

أوافق أنا/ : . ... على ما ورد من بنود تخص الأعضاء المشاركين والمرشد حسب هذا العقد، وبناءً عليه أوقع.

توقيع المشارك:................................

توقيع المرشد: . ...

ملحق (2)

مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة

PTSD scale according to DSM – IV

الاسم: العمر الجنس (ذكر – أنثى)

العنوان:

عزيزي/ عزيزتي :

الأسئلة التالية تتعلق بالخبرة الصادمة التي تعرضت لها خلال الفترة الماضية. كل سؤال يصف التغيرات التي حدثت في صحتك ومشاعرك خلال الفترة السابقة من فضلك أجب على كل الأسئلة. علما أن الإجابات تأخذ الاحتمالات :

أبداً (0) – نادراً (1) – أحيانا (2) – غالياً (3) – دائماً (4)

الرقم	الخبرة الصادمة	أبداً	نادراً	أحيانا	غالبا	دائما
1	هل تتخيل صور، وذكريات، وأفكار عن الخبرة الصادمة؟					
2	هل تحلم أحلاماً مزعجة تتعلق بالخبرة الصادمة؟					
3	هل تشعر بمشاعر فجائية أو خبرات بأن ما حدث لك سيحدث مرة أخرى؟					
4	هل تتضايق من الأشياء التي تذكرك بما تعرضت له من خبرة صادمة؟					
5	هل تتجنب الأفكار أو المشاعر التي تذكرك بالحدث الصادم؟					

الرقم	الخبرة الصادمة	أبداً	نادراً	أحيانا	غالبا	دائما
6	هل تتجنب المواقف والأشياء التي تذكرك بالحدث الصادم؟					
7	هل تعاني من فقدان الذاكرة للأحداث الصادمة التي تعرضت لها (فقدان ذاكرة نفسي محدد)؟					
8	هل لديك صعوبة في التمتع بحياتك والنشاطات اليومية التي تعودت عليها؟					
9	هل تشعر بالعزلة وبأنك بعيد ولا تشعر بالحب تجاه الآخرين أو الانبساط؟					
10	هل فقدت الشعور بالحزن والحب (أنك متبلد الإحساس)؟					
11	هل تجد صعوبة في تخيل بقائك على قيد الحياة لفترة طويلة لتحقق أهدافك في العمل، والزواج، وإنجاب الأطفال؟					
12	هل لديك صعوبة في النوم أو البقاء نائما؟					
13	هل تنتابك نوبات من التوتر والغضب؟					
14	هل تعاني من صعوبات في التركيز؟					
15	هل تشعر بأنك على حافة الانهيار (واصلة معاك على الآخر)، ومن السهل تشتيت انتباهك؟					
16	هل تستثار لأتفه الأسباب وتشعر دائما بأنك متحفز ومتوقع الاسوأ؟					
17	هل الأشياء والأشخاص الذين يذكرونك بالخبرة الصادمة يجعلونك تعاني نوبة من ضيق التنفس، والرعشة، والعرق الغزير وسرعة في ضربات قلبك؟					

ملحق (3)

مقياس سمة القلق

الاسم: العمر الجنس(ذكر – أنثى)

عزيزي/ عزيزتي:

هذه الفقرات تصف شعورك بشكل عام الرجاء اختيار درجة انطباق كل صفه على حالتك بوضع إشارة (X) في المكان المناسب.

	الفقرة	نادرا	أحياناً	كثيرا
1	أشعر بالهدوء			
2	أشعر بالأمان (بالبعد عن الخطر)			
3	أشعر أن أعصابي مشدودة			
4	أشعر بالأسف			
5	أشعر بالارتياح			
6	أشعر بعدم الاتزان			
7	أشعر الآن بالانزعاج لاحتمال حدوث كارثة			
8	أشعر بالراحة			
9	أشعر بالقلق			
10	أشعر بالانشراح			
11	أشعر بالثقة في النفس			
12	أشعر بالعصبية			
13	أشعر بالهياج			
14	أشعر بتوتر زائد			
15	أشعر بالاسترخاء			
16	أشعر بالرضا			
17	أشعر بالكدر			
18	أشعر أنني مستثار جداً (لدرجة الغليان)			
19	أشعر بالسعادة العميقة			
20	أشعر أنني أدخل السرور على الآخرين			

ملحق (4)

معلومات حول اضطراب الضغوط التالية للصدمة

خلال حياتنا اليومية كل منا معرض بأن يمر بتجربة مخيفة وخارجة عن سيطرتنا.

من بين أكثر الاضطرابات النفسية شيوعا لدى المجتمعات التي تُنكب بالحروب سواء الحروب التي يشنها الأعداء الخارجيون أم الحروب الأهلية وأعداء الداخل، اضطرابات ما بعد الصدمة. وقد كشفت الدراسات النفسية عن وجود نصف مليون محارب أمريكي يعانون هذا الاضطراب بعد مرور (15) سنة على انتهاء تلك الحرب. وكشفت الدراسات النفسية عن أن أكثر من (20 %) منهم يعانون أعراض هذا الاضطراب، ومنها: الكوابيس والأحلام المزعجة، والحزن والهم والتوتر، والغضب والهيجان، والسلوك العدواني اللفظي والبدني، والعزلة والعزوف عن ممارسة النشاطات الممتعة، والفتور والتبلد العاطفي، وعدم القدرة على التعبير عن مشاعر الحب الذي يفضي إلى الطلاق و...............

ما هو اضطراب ما بعد الصدمة؟

اضطراب الضغوط التالية للصدمة هو اضطراب قلق يحدث بعد التعرض لحادث انطوى على تهديد فعلي بالموت أو أذية خطيرة، أو تهديد للسلامة الجسدية للذات أو للآخرين. ويجب أن يكون الشخص أيضاً قد مر بخوف شديد أو انعدام الحيلة أو الذعر حين حصول الحادث. **الصدمة النفسية** بأنها (التعرض لحدث صدمي ضاغط Traumatic Stressor) على نحو مفرط الشدة، متضمنا خبرة شخصية مباشرة لهذا الحدث الذي ينطوي على موت فعلي أو تهديد بالموت أو إصابة شديدة، أو غير ذلك من التهديد للسلامة الجسمية، أو مشاهدة حدث يتضمن موتا أو إصابة أو تهديدا لسلامة الجسم لشخص آخر، أو أن يعلم شخص عن موت غير

متوقع أو نتيجة لاستخدام العنف، أو عن ضرر شديد أو تهديد بالموت، أو الإصابة مما قد وقع لعضو من أعضاء الأسرة أو لبعض الأصدقاء المقربين.

- صنفت الصدمة إلى نوعين، هما:
- type I حيث يكون الحدث الصدمي فريد، وله بداية ونهاية محددتين (مثل حريق، أو كارثة طبيعية).
- type II هنا يكون الحدث متكررا وحاضرا باستمرار، وهناك تهديد بأن يتكرر في أي وقت ولمدة طويلة من الزمن (العنف العائلي، والاعتداءات الجنسية، والحروب . .. إلخ)

كيف يبدأ اضطراب ما بعد الصدمة؟

قد يبدأ بعد أي حادثة مروعة. ويقصد بالحادث المروع هو عندما يشعر الشخص بأنه في خطر أو حياته مهددة بالخطر، أو نشاهد آخرين يموتون أو مصابين، فعلى سبيل المثال: حوادث الطرق الخطيرة، والمعارك والحروب، والاعتداء الجنسي أو الاغتصاب والاعتداء الجسدي أو السرقة أو السطو، والاختطاف، وهجوم إرهابي، وأسرى الحرب، والكوارث الطبيعية أو الكوارث التي من صنع الإنسان. وتشخيص وجود مرض قد يهدد الحياة، أو عند وفاة أحد أفراد الأسرة أو من الأصدقاء المقربين قد يبدأ اضطراب ما بعد الصدمة. (Post traumatic stress disorder)، والمعروف اختصارا (PTSD)، ولا بد أن تستمر الأعراض لأكثر من شهر وفقا للمعايير الآتية:

أولا:- **استعادة الخبرة المؤلمة:** أي يستعيد المريض الأحداث التي سببت له هذا الاضطراب بواحدة من الطرق الآتية:

1- كوابيس وأحلام مزعجة ومتكررة.

2- ذكريات وأفكار تتوارد عليه بصورة متسربة لا يستطيع مدافعتها مما يسبب له الحزن والهم والتوتر الدائم.

3- شعور المريض بإمكانية تكرار وقوع هذا الحادث وتوارد صوره وخيالاته أمام عينيه.

4- الكدر الشديد عند رؤية كل ما يذكره بتفاصيل الحادث أو شخوصه وكل ما يمت له بصله.

ثانيا:- **تجنب كل ما يرتبط بالحادث الصادم:** وهو يعني ظهور استجابات تجنبيه لدى الفرد لم تكن موجودة عنده قبل الحادث، ومن مظاهر هذه الاستجابات التجنبية ما يأتي:

1- تجنب الأماكن أو الأشخاص أو المواقف التي تذكر بالحادث.

2- طرد الانفعالات والأفكار المرتبطة به مثل تجنب الحديث عنه أو الإفراط بالكحول أو المخدرات هربا من الذكريات المؤلمة.

3- العزلة والانزواء بعيدا عن النشاطات والهوايات.

4- البرود العاطفي ويظهر هذا جليا في النفور من العلاقات العاطفية وضعف القدرة على الحب.

ثالثا:- **فرط الاستثارة:** هي ظهور حالات من فرط الاستثارة لم تكن موجودة قبل الحادث، ومنها:

1- صعوبات النوم.

2- نوبات الغضب والسلوك العدواني (اللفظي أو البدني).

3- التشنج وصعوبات الاسترخاء.

4- صعوبات التركيز.

5-المبالغة في ردة الفعل عند سماع أي تنبيه أو ملامسة من الآخرين.

هذه هي الأعراض العامة، وهنالك أعراض أخرى مصاحبة، منها: القلق، والكآبة، والشعور بالذنب، والشعور بالدونية وضعف تقدير الذات، وظهور أفكار انتحارية أحيانا، وعنف انفجاري؛ أي نوبات عنف مفاجئ، وتكون على شكل كاسح ومباغت كردة فعل حادة.

تفسير اضطراب الضغوط التالية للصدمة

- **التوجه العضوي – الكيميائي:** يركز على العوامل الحيوية الكيميائية كزيادة مستويات النور أدرينالين والدوبامين، مما يؤدي إلى زيادة مستويات الاستثارة والخوف والجفلة. ويركز أصحاب هذا التوجه، إلى ضعف جهاز المناعة أصلا، لدى الأفراد الذين يتعرضون لاضطراب ما بعد الصدمة.
- **التوجه السلوكي:** يركز هذا التوجه على البيئة، وأهمية التعلم في تحديد السلوك بنوعيه: السلوك السوي وغير السوي, مهملين النواحي الوراثية والخبرات اللاشعورية، فمثلا: المرأة التي تتعرض لحادث اغتصاب في حديقة عامة تظهر خوفا شديدا كلما مرت بالقرب من هذه الحديقة، وربما عممت هذا الخوف على كل حديقة.
- **التوجه المعرفي** : النظرية المعرفية تفترض أن الاضطرابات النفسية ناجمة عن تفكير غير عقلاني نحو الذات أو العالم.

ويعالج هذا الاضطراب بطرق عدة منها العلاج المعرفي السلوكي.

ملحق (5)

البرنامج الإرشادي المعرفي السلوكي

تكوَّن البرنامج من عشر جلسات إرشادية بالإضافة إلى الجلسة التمهيدية والجلسة الختامية، بواقع جلستين في الأسبوع، وبهذا استمر البرنامج مدة ستة أسابيع خلال الفترة الممتدة من (2013/1/17– 2013/2/25) واستغرقت كل جلسة ما بين (90 – 120) دقيقة. كما تم تطبيق مقياس المتابعة على المجموعة التجريبية بتاريخ 2013/3/25.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
التمهيدية	جمع البيانات	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/الحدائق

أهداف الجلسة

1. جمع البيانات والمعلومات من كل فرد من أفراد المجموعة.
2. إعطاء أفراد المجموعة معلومات حول طبيعة الإرشاد، وآلية إجراءات الإرشاد الجمعي.
3. توضيح آلية اختيار الأفراد في المجموعة الإرشادية.
4. توقيع الاتفاقية الإرشادية بين المرشد وكل فرد في المجموعة. ملحق رقم (1).

الفنيات المستخدمة

1- المناقشة والحوار.

2- تزويد المشاركين بالمعلومات.

3- التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1- لوح قلاب.

2- أقلام وأوراق بيضاء.

3- نموذج عقد اتفاق بين المرشد والمشاركين يتضمن قواعد العمل الرئيسية.

إجراءات الجلسة

قام المرشد بمقابلة جميع أفراد المجموعة الإرشادية كل على حدة في مكتب مخصص للإرشاد النفسي في معهد العناية بصحة الأسرة – مؤسسة نور الحسين في مخيم السوريين المهجّرين في مدينة الرمثا. حيث قام المرشد بالتعريف عن نفسه، والتعرف إلى كل فرد مشارك في المجموعة بشكل فردي، والعمل على تطوير علاقة إرشادية بينه وبين كل مشارك، ثم وضح المرشد لكل فرد هدف الدراسة، وطبيعة جلسات الإرشاد الجمعي، وشروط الانضمام إلى الجلسات الجماعية، حيث تبين أن أفراد المجموعة يعانون اضطراب الضغوط التالية للصدمة اعتمادا على مقياس دافيدسون، وبين لهم أن بإمكان أي شخص الانسحاب من البرنامج الإرشادي في أي وقت، وأخذ موافقة كل وأحد من المشاركين على الاشتراك ببرنامج الإرشاد الجمعي بتوقيع نموذج الاتفاقية الإرشادية. وبعدها تم الاتفاق مع كل مشارك على تحديد موعد الجلسة القادمة للبدء بالإرشاد الجمعي.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الأولى	التعارف	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

أهداف الجلسة

1. استقبال أعضاء المجموعة، والترحيب بهم، وإيجاد جو من الألفة.
2. التعرف إلى المرشد، وتعريف أفراد المجموعة بعضهم ببعض.
3. بناء علاقة إرشادية قائمة على الثقة والاحترام بين المرشد وجميع أفراد المجموعة.
4. إزالة الحاجز النفسي بين المرشد والمشاركين، وبين المشاركين أنفسهم.
5. توعية المشاركين حول ردود الفعل الطبيعية، والمرضية الناتجة عن الصدمة النفسية.
6. التعرف إلى توقعات أفراد المجموعة من البرنامج الإرشادي.
7. التعرف إلى البرنامج الإرشادي الذي تم استخدامه.
8. التحدث عن السرية وخصوصية المعلومات، وأخلاقيات الإرشاد الجمعي.
9. تحديد القواعد التي تم إتباعها في أثناء الجلسة الإرشادية.
10. تحديد واجبات ومسؤوليات كل من المرشد وأفراد المجموعة.

الفنيات المستخدمة

1. المناقشة والحوار.
2. تزويد المشاركين بالمعلومات.
3. التغذية الراجعة.
4. نشاط رسم الكف، ونشاط المناظر الطبيعية.

الأدوات المستخدمة

1. لوح قلاب (flip chart).
2. أقلام وأوراق بيضاء.
3. نموذج عقد اتفاق بين المرشد والمشاركين يتضمن قواعد العمل الرئيسية.

4. نشرة حول اضطراب الضغوط التالية للصدمة ملحق(4).

5. مجموعة من الصور لمناظر طبيعية.

إجراءات الجلسة

قام المرشد بتجهيز غرفة التدريب الموجودة في مؤسسة نور الحسين (مخيم الرمثا)، لتتناسب مع جلسة الإرشاد الجمعي. حيث إن الجلسة كانت على شكل حلقة دائرية على مقاعد مريحة. في بداية الجلسة رحب المرشد بأفراد العينة المشاركين في الإرشاد الجمعي، وشكرهم على حضورهم بالوقت المحدد، وبدأ ببعض الأسئلة التمهيدية والحيادية مثل: السؤال عن الطقس، والحالة العامة. بعد ذلك قام المرشد بإجراء نشاط بسيط بهدف تعريف الأفراد على بعضهم ببعض (النشاط هو الطلب من كل عضو أن يرسم على ورقة بيضاء كف يده ويكتب على باطن الكف اسمه، وعلى كل أصبع من أصابع يده- المرسومة على الورقة – هوايته، وصفة مميزة له، ما يحب من الأكل، صفه يحبها في الناس، ما يتمنى. بعد ذلك عرف المرشد بنفسه، وبمؤهلاته، وبعض هواياته، مثل أنا المرشد موفق الإبراهيم، أعمل رئيسا لقسم الإرشاد التربوي في تربية المزار الشمالي، وأحب مساعدة الناس ودوري هنا يتلخص في مساعدتكم على تنمية بعض الأساليب المهمة التي تساعدكم في التقليل من بعض الأعراض الموجودة لديكم الناتجة عن اضطراب الضغط التالي للصدمة من خوف وقلق وتوتر وكوابيس وأفكار غير مرغوبة... إلخ. بعد الانتهاء من التعريف شكر المرشد المشاركين على تعاونهم وصراحتهم، ولأنهم تجاوبوا معه. ثم بيّن المرشد للمشاركين هدف هذه اللقاءات وطبيعة الجلسات الإرشادية، وموعدها، وتم الاتفاق على موعد لجلستين أسبوعياً بما يتناسب مع أوقات المشاركين لمدة ستة أسابيع متتالية، ويكون مدة كل لقاء من 90 – 120دقيقة. وتحدث المرشد عن طبيعة الإرشاد النفسي حيث إنه يتضمن استخدام التفاعل والتواصل في المجموعة لتسهيل فهم الأفراد لذواتهم

وتقبلهم لها مع وجود الاحترام والتقبل، كما يتم مساعدة الفرد على فهم سلوكياته والعمل على تغييرها إلى سلوكات مرغوبة، ويتم تطوير مهارة كل فرد من الأفراد ضمن المجموعة، ويشارك الأفراد في إعطاء فرد معين ردود فعلهم نحو سلوك ما يمارسه، أو طريقة تفكير أو نشاط أو انفعالات. ويساعد الإرشاد الجمعي المشاركين في اكتشاف ذواتهم ومشكلاتهم وحاجاتهم بشكل أفضل، فوجود المشارك ضمن جماعة معينة وفي وضع اجتماعي مناسب ومثالي سوف يساعده على التعامل مع الآخرين، وفهمهم لمشكلاته سوف يسهم في فهمه هو ذاته لهذه المشكلات. كما أن الإرشاد الجمعي يشعر المشارك بأن هناك آخرين يعانون مشكلات شبيهه بمشكلته، وهذا بحد ذاته إيجابي ويسهم في التخفيف عنه، كما أن وجود المشارك ضمن جماعة الإرشاد يسهم في شعوره بالأمن والانتماء لجماعة معينه، خاصة إذا ما توفرت فرص الاتصال الحر. ويساعد الإرشاد الجمعي المشارك في الوصول إلى استبصار أفضل بمشاعره وسلوكه، وذلك من خلال مناقشات الجلسات، ففي هذه الجلسات يختبر المشارك مصداقية فهمه لذاته ولخبراته بشكل عام. وأن الاستبصار الذي يصل إليه المشارك نتيجة مشاركته في مجموعات الإرشاد الجمعي يسهم في تحسين مفهومه عن ذاته، وذلك نظرا لأهمية الخبرات الاجتماعية الناجحة، كما أن الإرشاد الجمعي يساعد الفرد في تحمل مسؤولية ذاته كفرد، ومسؤولياته كعضو في جماعته.

نشاط كسر جمود: قام المرشد بوضع أربع صور لمناظر طبيعية (شاطئ بحر، وشروق الشمس، والقمر، وأشجار ونباتات) على أربع طاولات، ثم طلب من الأعضاء أن يقفوا عند الصورة التي يفضلها، فقام كل عدد من الأعضاء بالتجمع حول صورة، فقام المرشد بسؤال كل عضو عن سبب اختياره لهذه الصورة وما تعني له هذه الصورة. ثم قام المرشد بتقديم معلومات للمشاركين حول طبيعة ونتائج اضطراب الضغوط التالية للصدمة ملحق رقم (4).

وبعدها سأل المرشد المشاركين عن توقعاتهم في نهاية البرنامج الإرشادي، فذكر المشاركون عدداً من التوقعات مثل: أن أتخلص من التوتر والقلق الذي أعيش فيه، والنوم بشكل أفضل، والتقليل من مهاجمة الصور والذكريات المؤلمة، والتخلص من حالة الترقب والتحفز، والتقليل من الأعراض الجسدية للتوتر والقلق..... إلخ. قام المرشد بالتأكيد على التوقعات الإيجابية وتصحيح التوقعات السلبية. ثم قال المرشد نحن هنا مجموعة واحدة مكونة من قائد المجموعة، وأعضاء المجموعة، وأنا سأقود المجموعة وأنتم الأعضاء.

وبعد ذلك تم سؤال المشاركين عن القواعد التي يجب أن يتم اتباعُها في أثناء الجلسة الإرشادية، وتم الاتفاق والتوصل مع أعضاء المجموعة على القواعد والشروط التي يتوجب على الجميع الالتزام بها، وهي:

أولاً: الالتزام بحضور جميع الجلسات بالوقت المحدد.

ثانياً: الإصغاء والاستماع الجيد عندما يتحدث أحد المشاركين وعدم مقاطعته.

ثالثاً: الصدق أي أن يقول المشاركون كل شيء بصدق، بالإضافة إلى التعبير الانفعالي عما يجول بخاطره.

رابعاً: وجود الاحترام المتبادل بين المشاركين وعدم إصدار أي حكم على أحد المشاركين أو الانتقاد.

خامساً: الالتزام بأداء الواجبات البيتية التي تطلب من المشاركين.

سادساً: المحافظة على سرية المعلومات التي تقال داخل المجموعة.

(بالإضافة إلى قواعد أخرى قد يتم الاتفاق عليها)، وتم التأكيد على أهمية السرية في هذه الجلسات وأن يبقى جميع ما تم قوله داخل هذه الغرفة ولا يخرج منها، وأيضا التأكيد على

المشاركين بعدم الحديث عن أي شيء حدث داخل الجلسة بالخارج. في نهاية الجلسة طلب المرشد من المشاركين تلخيص ما تم في هذه الجلسة،والتأكيد على موعد الجلسة القادمة.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الثانية	الاسترخاء العضلي	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. التأكيد على قواعد الجلسات ومبادئها.
2. إعطاء المشاركين معلومات حول الاسترخاء العضلي وأهميته والأهداف المرجوة من تطبيقه.
3. تطبيق الاسترخاء العضلي على أفراد المجموعة الإرشادية.

الفنيات المستخدمة

1- المناقشة والحوار.

2- تزويد المشاركين بالمعلومات.

3- التغذية الراجعة.

4- النمذجة.

الأدوات المستخدمة

1- لوح قلاب.

2- أقلام وأوراق بيضاء.

3- كراسي مريحة.

4- تدفئة مناسبة للمكان.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة تم الترحيب بأفراد المجموعة، ثم طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة السابقة، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، فقام المرشد بالتأكيد على القواعد التي يجب الالتزام بها، وشدد على مبدأ السرية حيث إنه يُشعر المشاركين بالأمان في الجلسات. بعد ذلك قام المرشد بالحديث عن استراتيجية الاسترخاء العضلي وآلية عمل هذا الاستراتيجية، وفوائده في حالات التوتر والقلق والتخفيف من حالات العصبية وسرعة الاستثارة. فالاسترخاء عملية إزالة التوتر من العضلات، ويتضمن الاسترخاء شد مجموعات مختلفة من عضلات الجسم وإرخائها، ويتم التدريب عليها على شكل خطوات متتابعة، أما العلامات الفسيولوجية التي تدخل على حدوث الاسترخاء لدى الفرد، فهي الانخفاض في معدل التنفس ومعدل نبضات القلب وضغط الدم. وللاسترخاء فوائد عديدة ومتنوعة: يساعد على خفض نسبة التوتر وحدته، وتحسين النوم، وتحسين الذاكرة، وتنظيم ذبذبات المخ، والتقليل من كمية العرق، والتقليل من حدة الاكتئاب، وتقليل الشعور بآلام الجسم، وتخفيض مستوى الصداع النصفي، وتخفيض من حدة الصداع التوتري، وتقليل تأثير الأصوات العالية على الإنسان، والتحسين من أداء العمل، والتأثير بشكل إيجابي بتقليل جميع الاضطرابات النفسية.

نشاط: طلب المرشد من الأعضاء الجلوس بشكل دائري دون وجود حواجز، ثم طلب من أحد الأعضاء أن يتبرع بالخروج خارج الغرفة، فتطوع أحد الأعضاء ثم طلب من أحد الأعضاء الموجودين أن يقوم بإخفاء قلم في جيبه، بعدها طلب المرشد من العضو الموجود خارج الغرفة بأن يكتشف من هو الشخص الذي يخفي القلم، ويسمح له ثلاثة أسئلة فقط. وتم

تكرار هذا النشاط ثلاث مرات، والهدف من هذا النشاط هو زيادة الألفة بين المرشد والأعضاء وبين الأعضاء أنفسهم.

بعد ذلك قام المرشد بتطبيق الاسترخاء العضلي على الأعضاء بشكل جماعي كما يأتي:

طلب المرشد من المشاركين الجلوس على المقاعد بشكل مريح وإزالة الأشياء الضاغطة (كالساعة أو الحزام أو الحذاء . .. إلخ) عن جسم الفرد حيث إنها تمنع الاسترخاء، ثم الطلب منهم أن يغمضوا أعينهم وأن لا يفكروا إلا بما يقوله المرشد لهم، ثم بدأت عملية الاسترخاء:

1. خذ نفساً عميقاً من أنفك وأحبسه مدة خمس ثواني، لاحظ التوتر الذي حدث في منطقة الصدر، وأخرج الهواء من فمك، لاحظ الاسترخاء الذي حدث، يطلب الإعادة مرتين.
2. اقبض يدك اليمنى على شكل قبضة– اقبض أكثر وأكثر، وأكثر، لاحظ التوتر في عضلات يدك، ومكان التوتر...... الآن رخِّ قبضة يدك تدريجياً.....، اجعل أصابع يدك أيضاً ترتخي وتصبح أثقل، لاحظ الاسترخاء الذي حدث، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.
3. اقبض اليسرى على شكل قبضة– اقبض أكثر وأكثر، وأكثر، اشعر بالتوتر في عضلات يدك...... الآن ارخي قبضة يدك مرة واحدة.....، اجعل أصابع يدك أيضاً ترتخي وتصبح أثقل، لاحظ الاسترخاء الذي حدث، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.
4. اثنِ كفتي يدك الآن إلى الوراء بحيث تشد عضلات ظهر الكف. شد واجعل أصابعك إلى جنب بعضهما بعضاً، باتجاه السقف، لاحظ التوتر في كفيك، الآن إرخِ كفيك مرة واحدة، لاحظ الفرق بين الشد والاسترخاء، ويطلب إعادة نفس الحركة مرتين.
5. اثنِ ذراعيك إلى الوراء باتجاه كتفك، وحاول أن تشد عضلات ذراعيك وكتفك قدر الإمكان وحاول أن تحس كيف يكون الشعور بالشد، والتوتر، الآن أرخِ ذراعيك أكثر وأكثر، ستشعر أن ذراعيك مرتخيتان، وثقيلتان، وبحالة استرخاء، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

6. الآن أريدك أن تجعد جبينك، جعده قدر ما تستطيع، أكثر، وأكثر، والآن ارخه، ودعه يسترخي، أرخِ أكثر وأكثر، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

7. الآن أغلق عينيك وشدهما جيداً بحيث تشعر بالتوتر والشد، حول عينيك. أغلق أكثر وحاول أن تحس بما يشعرك بالتوتر، والآن أرخِ عينيك يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

8. الآن اضغط شفتيك على بعضهما جيداً، وأشعر بالتوتر والضغط حول الفم والذقن والوجنتين، اضغط جيداً، اضغط أكثر....، و الآن أرخِ شفتيك ولاحظ الفرق بين الضغط والتوتر، والراحة، ويطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

9. الآن أريدك أن ترفع كتفيك كأنك تريدهما أن يلمسا أذنيك، حاول أن تحس التوتر في أعلى ظهرك، ورقبتك، والآن إرخِ كتفيك ولاحظ الفرق. مرتين.

10. الآن اضغط برأسك إلى الوراء على الكرسي، واضغط قدر ما تستطيع، والآن أرخِ رأسك، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

11. الآن اثنِ رأسك إلى الأمام كما لو أنك تحاول أن تلمس صدرك بذقنك، وأشعر بالتوتر في أعلى ظهرك وخلف رقبتك، أثنِ رأسك أكثر فأكثر، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

12. خذ نفساً عميقاً، واحبسه مدة خمس ثواني، أشعر بالتوتر كيف ينمو، والآن تنفس بشكل طبيعي مرة أخرى، وأشعر بالراحة والاسترخاء، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

13. الآن أريدك أن تقوس ظهرك بحيث يبرز صدرك إلى الأمام، ويبتعد ظهرك عن الكرسي نوعا ما، وحاول أن تلاحظ التوتر وكيف ينمو، والآن أرخِ ظهرك، وقارن بين الحالتين، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

14. الآن أريدك أن تشد عضلات معدتك كما لو أن أحدهم سيضربك عليها، شد أكثر ما يمكنك، واشعر بالتوتر والشد، والآن ارخِ معدتك، ارخها أكثر وأكثر، وأشعر بالفرق بين الشد والتوتر وبين الراحة والاسترخاء، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

15. الآن أريدك أن تشد عضلات الوركين من خلال كما لو أنك سترفع نفسك عن الكرسي، شد هذه العضلات جيداً، والآن ارخها، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

16. والآن أريدك أن تمد رجليك وترفع قدميك عن الأرض بحيث تشعر بالتوتر والشد في فخذيك، شد أكثر وأكثر، وحس بالتوتر، والآن أرخِ رجليك ولاحظ الفرق، يُطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

17. الآن اثنِ قدميك إلى الوراء كما فعلت بكفيك بحيث تكون أصابع قدميك تتجه إلى السقف، اثنِ أكثر وأكثر، والآن ارخِ قدميك جيداً، يطلب إعادة الحركة نفسها مرتين.

18. سوف أراجع معك باختصار مختلف العضلات التي غطيناها، وعندما أُسمي العضلة فقط أريدك أن تريحها أكثر فأكثر (ارخِ يدك أكثر وأشعر كيف هي أثقل ومرتاحة أكثر، وارخِ أصابع يدك، وذراعيك، يديك من الكتف إلى الأصابع مرتاحة ومرتخية، عضلات وجهك، وجبينك، ووجنتيك، وفمك، وفكيك، حتى رقبتك، كلها مسترخية ودافئة وثقيلة، موجه لطيفة من الراحة والاسترخاء تنتشر من رأسك إلى صدرك إلى معدتك، ثم إلى أسفل حتى وركيك، وفخذيك، وساقيك، حتى تصل إلى قدميك، كل عضلاتك مرتخية ومرتاحة، أريحها أكثر وأكثر، حاول أن ترخيها أكثر لدقيقة أو اثنتين، بينما أصمت أنا.

19. بعد دقيقة، سوف أعد من 5-1 وأريد أن تصبح أكثر يقظة مع كل رقم أقوله، ولكن إبقَ هادئا ومسترخيا.

20. حرك يديك ورجليك قليلاً بينما حافظ على وضعك مرتاحاً ومسترخياً.

1- افتح عينيك واستيقظ وانتبه ولكن إبقَ مسترخيا.

* في نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما تم في هذه الجلسة بشكل سريع، وأيضا طلب منهم كواجب بيتي تطبيق استراتيجية الاسترخاء العضلي يوميا ولأكثر من مرة في اليوم الواحد.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الثالثة	استراتيجية صرف الانتباه	90 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

أهداف الجلسة

1. إعطاء المشاركين معلومات عن استراتيجية صرف الانتباه.
2. تدريب المشاركين على استراتيجية صرف الانتباه.
3. مناقشة الصعوبات التي قد تواجه الأفراد في أثناء تطبيق البرنامج.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. كرة ملونة بألوان مختلفة.
2. أوراق ملونة وأقلام.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة قام المرشد بالترحيب بالأفراد المشاركين، وشكرهم على الالتزام بالحضور للجلسة بالوقت المحدد. ثم طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة السابقة، فقام الأعضاء بذكر الأشياء التي تمت في الجلسة السابقة، وأكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم وهو الاسترخاء العضلي. فذكر غالبية الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق الاسترخاء أكثر من مرة في اليوم، وكانت تقيمات الأعضاء إيجابية لهذا الاستراتيجية، وأنهم شعروا بالراحة. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

نشاط: طلب المرشد من المشاركين الجلوس بطريقة دائرية دون وجود طاولات أمامهم، وأن يقوم أحد الأعضاء بالتطوع والخروج خارج الغرفة، وعليه أن يعرف من هو قائد المجموعة الذي يقوم بحركات معينة ويقلده الجميع، ويسمح له بتوقع ثلاثة أشخاص فقط. وقد تم تكرار هذا النشاط ثلاث مرات، والهدف هو زيادة الترابط والألفة بين أعضاء المجموعة، وكذلك التعرف إلى الطرق التي اعتمدها المشارك في التعرف إلى القائد.

بعد ذلك قام المرشد بالحديث عن طريقة جديدة للتخلص من الأفكار التي تثير القلق والخوف والانزعاج عند الأفراد وهي استراتيجية صرف الانتباه:

حيث يُطلب من الفرد الذي يعاني القلق، مثلاً القيام بسلوك يصرف انتباهه عن الأعراض التي يشعر بها، لأن التركيز على هذه الأعراض يجعلها تزداد سوءاً. وتستخدم هذه الطريقة لكي تجعل الفرد يُدرك أن باستطاعته التحكم في الأعراض التي يشكو منها، وهذه

خطوة مهمة جداً في الإرشاد، وتستخدم هذه الطريقة للتعامل مع الأعراض، عندما يكون الفرد في وضع لا يسمح له بتحدي الأفكار السلبية التلقائية، مثال ذلك: عندما تأتي الفرد الأعراض وهو يتحدث مع شخص ما؛ ففي هذه الحالة بإمكان الفرد طرد الأفكار السلبية من خلال الاقتراب أكثر من الشخص الذي يتحدث معه مما يُغطِّي المجال البصري للفرد، أو التركيز على المحادثة نفسها بدلاً من الأفكار المتعلقة بتقويمه لنفسه. وطلب المرشد من أحد المشاركين أن يصف بصوت مسموع كرة ملونة أمامه خلال الجلسة في أثناء شعوره بالقلق، ومن ثم استخدم المرشد الأسئلة ليوضح للفرد كيف أن تمرينات صرف النظر تخفف من القلق، مما يدلل على أن الأفكار تلعب دوراً كبيراً في ظهور الأعراض لديه. وقام المرشد بإجراء تمرين على الأفراد بأن يقوموا بتخيل منظر مريح، وليكن الكعبة المشرفة وعندما يستطيع الفرد تخيلها تماما يقوم بنقل التخيل للمسجد النبوي.

ومن الأساليب المستخدمة في صرف الانتباه:

أ- التركيز على شيء معين يُدرَّب الفرد على التركيز على شيء ما ويصفه بالتفصيل لنفسه باستخدام الأسئلة الآتية والإجابة عنها: (أين هو بالضبط؟ ما حجمه؟ ما لونه؟ كم يوجد منه؟ ما الفائدة منه؟ . . إلخ). وقد قام المرشد بإجراء تطبيق هذه الاستراتيجية على كرة القدم الملونة.

ب- الوعي الحسي: يُدرَّب الفرد على ملاحظة البيئة المحيطة به ككل باستخدام النظر، السمع، والذوق، واللمس، والشم مستعيناً بالأسئلة الآتية: (ما الذي تراه بالضبط إذا نظرت حولك؟ ما الذي تستطيع سماعه داخل جسمك؟ في الغرفة ؟ خارج الغرفة ؟) .

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من المشاركين تلخيص ما دار في الجلسة، وأكد المرشد على المشاركين تطبيق ما تم تعلموه في الجلسة من استراتيجية صرف الانتباه كواجب بيتي بالإضافة إلى الاستراتيجية السابق "الاسترخاء العضلي".

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الرابعة	متابعة استراتيجية صرف الانتباه	90 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. متابعة التدريب على أساليب صرف الانتباه.
2. مناقشة الصعوبات التي قد تواجه الأفراد في أثناء تطبيق البرنامج.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. كرة ملونة بألوان مختلفة.
2. أوراق ملونة وأقلام.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة قام المرشد بالترحيب بالأفراد المشاركين، وشكرهم على الالتزام بالحضور للجلسة بالوقت المحدد. ثم طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة

السابقة عن طريق نشاط، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر الأشياء التي تمت في الجلسة السابقة، أكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم وهو استراتيجية صرف الانتباه والاسترخاء العضلي، فذكر الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق صرف الانتباه والاسترخاء بشكل مستمر، وكانت تقيمات الأعضاء إيجابية وأنهم شعروا بالراحة. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

بعد ذلك تم متابعة تدريب المشاركين على أساليب صرف الانتباه، وهي:

أ- التمرينات العقلية: يشتمل ذلك مثلاً على العد إلى الخلف من 100 بطرح 7 كل مرة، التفكير في أسماء الحيوانات التي تبدأ بالحرف (أ) ثم بالحرف (ب) ... وهكذا. تذكر حادثة معينة بالتفصيل. وقد قام المرشد بتوزيع أوراق ملونة وأقلام على المشاركين بهدف التدرب على الاستراتيجية.

ب - الذكريات والخيالات السارة: تذكر الحوادث السّارة بأكبر قدر ممكن من الوضوح مثلاً (رحلة سعيدة) أو التخيل (ما الذي سيفعله الفرد لو كسب شيئا غير متوقع). إنّ استراتيجية صرف الانتباه تفيد في خفض مستوى القلق والتوتر عند الفرد بعدة طرق من شأنها أن تصرف انتباه الفرد عن الأعراض التي يشعر بها نتيجة للأفكار التي تدور في ذهنه، مما يؤدي به إلى تغيير محتوى تفكيره إلى أمور أخرى تجعله أكثر هدوءاً وأقل توتراً.

وقام المرشد بالطلب من عدد من الأفراد تطبيق كل طريقة من طرق صرف الانتباه، ودار حوار ومناقشة حول هذه الطرق وآلية التطبيق حتى تأكد المرشد من أن جميع المشاركين يستطيعون تطبيق الفنيات بدرجة جيدة.

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة، والتأكيد على الأفراد ضرورة الالتزام بتطبيق الواجب البيتي وهو استراتيجية صرف الانتباه بالإضافة إلى استراتيجية الاسترخاء العضلي.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الخامسة	الأفكار اللاعقلانية	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. تحديد ومناقشة الأفكار اللاعقلانية الموجودة لدى الأفراد المشاركين.
2. إكساب الأفراد مهارة تفنيد الأفكار اللاعقلانية.
3. مناقشة الصعوبات التي تواجه أفراد المجموعة في تطبيق ما تعلموه.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. أوراق ملونة وأقلام.
2. ورق قلاب.

إجراءات الجلسة

رحب المرشد بالأفراد المشاركين في بداية الجلسة، ثم طلب منهم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة عن طريق نشاط، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، وأكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم وهو استراتيجية صرف الانتباه والاسترخاء العضلي. فذكر الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق صرف الانتباه والاسترخاء بشكل مستمر، وكانت تقيمات الأعضاء إيجابية، وأنهم شعروا بالراحة. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

بعد ذلك قام المرشد بالتوضيح للأفراد المشاركين معنى الحوار الذاتي، وأنه عبارة عن الأفكار التي تدور في أذهاننا عند مرورنا بخبرة صادمة في حياتنا. وأن الفرد منا يقول لنفسه كلاماً أو عبارات سلبية أو إيجابية، وكل عبارة من هذه العبارات تثير لدينا انفعالاً معيناً، يعتمد على نوع الحوار الذي لدينا. فهناك نوعان من الحوار مع الذات، الأول: وهو الحوار السلبي مع الذات الذي يتضمن عبارات الفشل، والخوف، وعدم القدرة، ولوم الذات، والشعور بالذنب مثل قول "أنا شخص فاشل، لن أستطيع تخطي هذه العقبة" أو "أنا أعرف أنني لن أنجح أبداً" "أنا

السبب في ذلك" "أنا أستحق ما حصل لي؛ لأنني كنت السبب في ذلك". فهذا النوع من الحديث يؤدي إلى الانزعاج والقلق والتوتر. أما النوع الثاني من الحوار: فهو الحوار الإيجابي مع الذات مثل أن يقول الفرد لنفسه "أنا ناجح ولدي القدرة، وليس ضعيفاً" أو "أنا أستطيع التغلب على هذه العقبات" "ما فعلته كان صحيحاً ويجب أن يأخذ المسيء عقابه". فإن هذا النوع من الحديث الإيجابي مع الذات يشعرنا بالسعادة ويبعث فينا الطاقة والأمل ويزيد من دافعية الفرد. وبعدها طلب المرشد من المشاركين التحدث عن مرات تكرار الحوار ونوعه الذي يستخدمه مع نفسه. وقد ذكر المشاركون أن مثل هذه الأفكار اللاعقلانية موجودة عندهم، فالبعض لا يريد عمل شيء إلا بعد العودة إلى بلاده، وبعضهم يحمل نفسه المسؤولية عن بعض الأحداث، والبعض يرى نفسه سيئاً، وأنه شخص فاشل.... إلخ.

ثم قام المرشد بتوضيح نموذج إليس للأفكار اللاعقلانية وكيف تؤثر أفكارنا في سلوكاتنا وانفعالاتنا:

A (Activating Events) الأحداث	مثال: تذكر الخبرة أو الحدث الصادم الذي تعرضت له نتيجة الصدمة النفسية التي تعرضت لها
B (Irrational Beliefs) الأفكار اللاعقلانية	الحياة سيئة أخشى على نفسي من الجنون أخشى على نفسي من فقدان السيطرة أخشى أن يقتلني أخشى أن أصاب بالاكتئاب أكرر الحديث مع نفسي بأنني بائس وسيئ الحظ
C (Consequences) النتائج	تأثر الحالة المزاجية (الشعور بالإحباط والبكاء الدائم، والشعور بالقلق، والحزن والندم) تأثر السلوك (لا أحب التفكير بما جرى لي، أتجنب حتى ذكر اسمه، وأتجنب رؤية أي شيء يذكرني بما حدث لي)

التفنيد D (Deputing)	أنا لست السبب بما حدث لي ليس الوحيد الذي تعرض لمثل هذه الأحداث إنه أمر قد يحصل للجميع إنني أستطيع التغلب عليه هل سيقتلني فعلاً؟ ما مدى صحة هذه الفكرة؟ ما الدليل بأنها سوف تحدث؟
الآثار المترتبة على التفنيد E (Effects)	التوقف عن البكاء رفض الشعور بالحزن والإحباط مشاركة الآخرين التفكير بشكل منطقي
المشاعر الجديدة F (New Feelings)	الشعور بالراحة النفسية تقبل الآخرين زيادة الثقة بالنفس تقبل أعذار الآخرين وظروفهم
الأهداف G (Goals)	القدرة على مواجهة المواقف المشابهه والمختلفة

وبعدها طلب المرشد من المشاركين أن يذكروا حدثاً في حياتهم أثر عليهم، وأن يذكروا الأفكار والمشاعر التي ترافقت مع هذا الحدث، وما النتائج المترتبة على ذلك، وذلك بهدف تطبيق نموذج إليس على هذا الحدث والتفريغ النفسي والشعور بأن ما مر به من تجارب عانى منها الآخرون وليس هو الوحيد.

بعدها، قام المرشد بسؤال المشاركين عن مشاعرهم بعد الحديث عن خبراتهم أمام الجميع، حيث إن هذا سوف يشعرهم بالارتياح لأن كل وأحد منا يجد من عانى مثله، ويجد الدعم من الآخرين. وعندما تأتينا هذه الفكرة علينا أن نسأل أنفسنا إلى أي مدى هذه الفكرة صادقة، وما هي الأدلة على أنها سوف تحدث؟ وما نسبة حدوثها؟ كيف يمكن أن أتحقق من هذه الفكرة؟ ماذا لو لم تحدث هذه الفكرة؟ كيف ستكون حياتي من دون هذه الأفكار؟ ماذا لو تحسن

الأمر وأصبح أفضل من الماضي؟ ما هي النتائج المترتبة على ذلك؟ واستمر المرشد بتعليم المشاركين كيفية تفنيد هذه الأفكار والتأكد من صحتها. وبعدها قام المرشد بسؤال المشاركين عن الاستراتيجية الذي يستخدمه كل واحد منهم للتخلص من هذه الأفكار والمشاعر والإحساسات المرافقة له.

وبعدها، سأل المرشد عن مدى شعورهم حول فعالية هذه الأساليب في إزالة الأفكار المتعلقة بما مروا بها وفي خفض المشاعر السلبية، قيموا مدى فاعلية هذه الأساليب على المقياس المكون من 1– 10 حيث إن الرقم (1) يدل على أن هذا السلوك غير فعال في خفض هذا الشعور والرقم (10) يدل على أنه فعال بشكل كبير. وتم تدريب المشاركين على هذه الطريقة بطرح عدة أمثلة أمامهم، وأيضا قاموا هم بتطبيق هذا الاستراتيجية على أحداث في حياتهم.

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في هذه الجلسة، ثم طلب المرشد من المشاركين كتابة الأفكار التي تراودهم وتسبب لهم الإزعاج والقلق، ويقومون بتطبيق الاستراتيجية السابق في تفنيد مثل هذه الأفكار، وهذا واجب بيتي حتى الجلسة القادمة بالإضافة إلى الاستمرار في تطبيق استراتيجية الاسترخاء العضلي وصرف الانتباه.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
السادسة	وقف التفكير	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف:

1. تزويد المشاركون بمعلومات حول استراتيجية وقف التفكير.
2. إكساب الأفراد مهارة وقف التفكير.

3. مناقشة الصعوبات التي تواجه أفراد المجموعة في تطبيق ما تعلموه.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. أوراق ملونة وأقلام.
2. ورق قلاب.
3. مطاط للمعصم.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة رحب المرشد بالأفراد المشاركين، ثم طلب منهم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة عن طريق النشاط المعروف لديهم، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، وأكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم، وهو تحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية واستراتيجية صرف الانتباه والاسترخاء العضلي. فذكر الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق تحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية وصرف الانتباه والاسترخاء بشكل مستمر، وكانت تقيمات الأعضاء إيجابية، وأنهم شعروا بتحسن في طريقة التفكير كما أن بعضهم ذكر بأن النوم عنده قد تحسن

وانخفض التوتر والقلق لديهم. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

بعد ذلك، قام المرشد بالطلب من الأعضاء تحديد معنى لوقف التفكير، وبعد مناقشات وحوار بين الأعضاء توصلوا إلى تعريف لوقف التفكير فقام أحد الأعضاء بكتابة التعريف على ورقة لوح قلاب على السبورة. وقد كان التعريف الذي توصل إليه الأعضاء أن الأفكار السلبية التي تسيطر علينا وتزعجنا نستطيع أن نوقفها.

وقام المرشد بالحديث عن طريقة وقف التفكير وتعليم الأفراد هذه الطريقة حيث إن الفكرة الخطأ ربما تستدعي فكرة أخرى، وإذا استمرت تلك العملية دون أن يتم إيقافها، قد يكون الفرد غير قادر على الاستجابة لهذه الأفكار بشكل مؤثر؛ وذلك نتيجة لأن ظهور تلك الأفكار الخطأ أسرع من قدرة الفرد على إظهار استجابات تجاه تلك الأفكار. وعندما تكون هذه هي المشكلة نجد أن الحل هو أن يتعلم الفرد كيفية وقف تدفق وتزايد هذه الأفكار، كي يستطيع أن يتعامل معها بشكل أكثر فاعلية. وهذه العملية (وقف تدفق الأفكار الخطأ) عملية بسيطة إلى حد ما، حيث إن الفرد يقوم ببساطة بإيقاف هذا التيار من الأفكار بواسطة منبه مفاجئ، سواءٌ أكان هذا المنبه حقيقياً أم خيالياً، ثم بعد ذلك يتحول إلى أفكار أخرى قبل أن يعود هذا التيار من الأفكار مرة أخرى، وذلك من خلال النصيحة التي يتم توجيهها للفرد بشكل متكرر وهي (لا تقلق بشأن ذلك)، وأنه يستطيع أن يتعلم استخدام منبه أكثر مرونة، مثل تخيل النداء بصوت عالٍ، قائلاً (توقف)، أو العض على قطعة قماش موضوعة حول معصم يده، أو إصدار صوت عال مزعج، ويكون استخدام استراتيجية إيقاف الفكرة أسهل بكثير في بداية تواتر هذا الأفكار. وقد تم استخدام هذا الاستراتيجية مع المشاركين حيث طلب من الأعضاء إغماض عيونهم

واستدعاء فكرة مزعجه تؤدي إلى حدوث قلق عندهم، ويطلب من كل عضو أن يرفع إصبع السبابة عندما تكون الفكرة حاضرة في ذهنه وتسبب له القلق، وفي هذه الأثناء يقوم المرشد بإصدار صوت مزعج بالضرب على الطاولة مثلا، وقد طلب المرشد من أحد الأعضاء باستدعاء موقف مزعج بعد أن أغمض عينيه، وعندما شعر المشارك بالقلق والتوتر نتيجة هذا الموقف قام المشارك برفع أصبع السبابة كإشارة على التوتر والقلق نتيجة الموقف الذي استدعاه، فقام المعالج بأحداث صوت مزعج بالضرب بقوة على الطاولة مع إصدار كلمة توقف هذه فكرة مزعجة. وبعد تكرار هذه الطريقة عدة مرات، فإن الفكرة المزعجة تختفي لارتباطها بمثير منفر، وتم أيضا استخدام مطاط يوضع حول المعصم، وعندما تأتي الفكرة المزعجة يقوم المشارك بسحب المطاط وتركه على المعصم لإحداث ألم. وقد قام الأعضاء بتطبيق هذا الإجراء في أثناء الجلسة، فقام المرشد بسؤال الأعضاء عن المواقف التي تم استدعاؤها، وهل قاموا بوقف التفكير في هذه المواقف.

وفي نهاية الجلسة طُلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة وإجراء حوار ومناقشة حول استراتيجية وقف التفكير، وقام المرشد بالتأكيد على المعلومات الصحيحة ومناقشة وتصحيح المعلومات الخاطئة عند المشاركين. كما طلب المرشد من الأعضاء التدرب على استراتيجية وقف التفكير في البيت وهذا بمثابة واجب بيتي بالإضافة إلى الطرق الأخرى مثل الاسترخاء العضلي وصرف الانتباه وتفنيد الأفكار اللاعقلانية.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
السابعة	مراجعة	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. مراجعة للطرق العلاجية التي تم استخدامها في الجلسات السابقة.

2. تصحيح المعلومات الخاطئة عن الطرق السابقة.

3. مناقشة أمور يرغب الأفراد في مناقشتها.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.

2. المناقشة والحوار.

3. تزويد المشاركين بالمعلومات.

4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. أوراق ملونة وأقلام.

2. ورق قلاب.

3. مطاط للمعصم.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة، قام المرشد بالترحيب بالمشاركين، ثم طلب من الأعضاء أن يقوموا بتلخيص ما دار في الجلسات السابقة منذ البداية، وذلك عن طريق النشاط المعروف لديهم وهو الجلوس بشكل دائري ثم يبدأ الحديث الشخص الذي يحمل الكرة، وبعد أن يكمل حديثه يقوم بإعطاء الكرة لمشارك آخر وهكذا... إلخ. وقام المرشد بالثناء على ما ذكره المشاركون وكان صحيحاً، وأيضا أعطى المرشد المجال للمناقشة والحوار بين المشاركين حول عدد من الموضوعات التي ذكرها المشاركون في أثناء التلخيص، وكان المرشد يوجه الحوار والمناقشة بهدف الوصول إلى الفكرة الصحيحة، أيضا طلب المرشد من أحد الأعضاء بأن يقوم بتطبيق استراتيجية الاسترخاء على المجموعة، كما قام مشاركون آخرون بتطبيق استراتيجية صرف الانتباه، وقام مشارك أخر بتطبيق استراتيجية تحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية، وقام مشارك آخر بتطبيق استراتيجية وقف التفكير. بعدها دار حوار ونقاش بين المشاركين حول عدد من الموضوعات التي تعرضوا لها خلال البرنامج، وقام المرشد بتقديم تغذية راجعة لهم.

في نهاية الجلسة طلب المرشد من المشاركين تلخيص ما دار في الجلسة، ومن ثم طلب منهم الاستمرار في تطبيق ما تعلموه كواجب بيتي.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الثامنة	استراتيجية حل المشكلات	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. تقديم معلومات للمشاركين حول استراتيجية حل المشكلات.
2. التدرب على استراتيجية حل المشكلات.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. أوراق ملونة وأقلام.
2. ورق قلاب.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة رحب المرشد بالأفراد المشاركين، ثم طلب إليهم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة عن طريق النشاط المعروف لديهم، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، وأكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم، وهو استراتيجية وقف التفكير وتحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية واستراتيجية صرف الانتباه والاسترخاء العضلي.فذكر الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق استراتيجية وقف التفكير وتحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية وصرف الانتباه

والاسترخاء بشكل مستمر، وكانت تقيمات الأعضاء ايجابية وأنهم شعروا بتحسن في طريقة التفكير وأن الأفكار المزعجة تناقصت بشكل كبير، كما أن بعضهم ذكر بأن النوم عنده قد تحسن، وانخفض التوتر والقلق لديهم. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

بعد ذلك قام المرشد بالطلب من الأعضاء تحديد كيف يقومون بحل المشكلات التي تعترضهم،، وبعد مناقشات وحوار بين الأعضاء توصلوا إلى أن الأساليب التي يستخدمونها تعتمد على المحاولة والخطأ، فطلب المرشد من الأعضاء التوصل إلى تعريف لاستراتيجية حل المشكلات، فقام أحد الأعضاء بكتابة التعريف على ورقة لوح قلاب على السبورة، وقد كان التعريف الذي توصل إليه الأعضاء أن استراتيجية حل المشكلات هو استراتيجية يعتمد على التفكير السليم بالحلول الممكنة للمشكلة بعد تحديدها بشكل واضح واختيار الحل الأفضل من بين هذه البدائل .

بعد ذلك قام، المرشد بتوضيح الأسلوب العلمي لحل المشكلات، والذي يستخدم أيضا في ضبط التوتر النفسي، حيث إن هذا الاستراتيجية يستخدم مبدأ المحاولة والخطأ بهدف الوصول إلى حلول ممكنة من خلال اختيار أحد البدائل أو الحلول المناسبة، ويتكون هذا الاستراتيجية من الخطوات الآتية:

1. تعريف المشكلة وتحديدها بشكل دقيق حيث يترتب على نجاح هذه الخطوة نجاح الخطوات الأخرى.
2. جمع المعلومات والوصول إلى مصادرها واستغلال مصادر البيئة التي يعيش فيها الفرد، وذلك بهدف معرفته لذاته بصورة أفضل ومعرفته للبدائل والاختيارات المتوافرة.

3. توليد وتقييم البدائل والحلول المحتملة، وتكوين فرضيات عن النتائج المحتملة لكل بديل أو اختيار.

4. اختيار وتطبيق طريقة عمل، وهي عبارة عن الأساليب والإجراءات العملية التي يتوقع أن يمارسها الفرد لضبط مشكلة ما.

5. تقييم النتائج لمعرفة مدى تحقيق الأهداف ونجاحها في حل المشكلة بشكل كلي أو جزئي.

6. إعادة العملية عند الضرورة وفي حال عدم تحقيق الأهداف.

وقام المرشد بتطبيق هذا الاستراتيجية أمام المشاركين على عدد من المشكلات، ومن ثم طلب المرشد من كل فرد تطبيق هذا الاستراتيجية على مشكلة معينة، وقام الأعضاء بتقديم تغذية راجعة لبعضهم البعض، كما صحح المرشد المعلومات غير الصحيحة عند الأعضاء حول هذا الاستراتيجية.

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة، كما طلب منهم تطبيق استراتيجية حل المشكلات على المشكلات التي تواجههم في حياتهم، وهذا واجب بيتي بالإضافة إلى الأساليب والطرق السابقة، والاسترخاء العضلي، وصرف الانتباه، ووقف التفكير، وتفنيد الأفكار اللاعقلانية.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
التاسعة	التحصين ضد الضغوط	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. تزويد المشاركين بمعلومات عن استراتيجية التحصين ضد الضغوط.
2. تدريب المشاركين على استراتيجية التدريب التحصيني ضد الضغوط.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.
4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. أوراق ملونة وأقلام.
2. ورق قلاب.

إجراءات الجلسة

رحب المرشد في بداية الجلسة بالأفراد المشاركين، ثم طلب إليهم تلخيص ما دار في الجلسة السابقة عن طريق النشاط المعروف لديهم، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، أكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم، وهو استراتيجية حل المشكلات وإستراتيجية وقف التفكير وتحديد وتفنيد الأفكار اللاعقلانية وإستراتيجية صرف الانتباه والاسترخاء العضلي، فذكر الأعضاء بأنهم قاموا بتطبيق استراتيجية وقف التفكير وتحديد وتفنيد

الأفكار اللاعقلانية وصرف الانتباه والاسترخاء بشكل مستمر، وكانت تقيمات الأعضاء إيجابية وأنهم شعروا بتحسن في طريقة التفكير وحل المشكلات بطريقة منظمة، وأن الأفكار المزعجة تناقصت بشكل كبير، كما أن بعضهم ذكر بأن النوم عنده قد تحسن وانخفض التوتر والقلق لديهم. وأيضا قام المرشد بالاستماع إلى التحديات التي ظهرت عند بعض الأعضاء في أثناء التطبيق ومناقشة الأعضاء بها وسماع الحلول المقترحة من الأعضاء الآخرين لمثل هذه التحديات.

وبعد ذلك سأل المرشد الأعضاء عن استراتيجية التدريب التحصيني ضد الضغوط، وبعد حوار ونقاش بين الأعضاء قال المرشد إن هذا الاستراتيجية يستند على فكرة رئيسية مفادها "أن الضغوط تحدث عندما يدرك الفرد وجود تفاوت بين متطلبات الموقف وبين ما لديه من مصادر شخصية واجتماعية، وأن هذه الطريقة تعمل على تزويد الفرد بالمعلومات واكتساب المهارات التي يستطيع من خلالها مواجهة المواقف الضاغطة في البيئة، والتحصين ضد الضغوط أو التوتر هو الاستراتيجية الذي يهيئ للفرد فرصاً للتعامل مع مواقف مثيرة للضغط متوسطة نسبياً، ويقوم الفرد بالتدريج بتطوير قدرة تحمله لاشياء أقوى، وهذا الاستراتيجية يقوم على أساس أنه بالإمكان التأثير على قدرتنا الاحتمالية للتعامل مع الضغط من خلال تعديل معتقداتنا وعباراتنا الذاتية في مواقف الشدة والضغط. وتعديل السلوك يتم عن طريق تقديم المعلومات والتعليمات الذاتية التي تركز على تعليم الأفراد كيفية التخطيط والتفكير قبل الاستجابة، ومساعدتهم على استخدام الحوار الداخلي الايجابي، وهو الحديث الذي يدور بين الشخص ونفسه في وقت الأزمات أو الضغوط والذي قد يكون إيجابيا أو سلبيا، حيث إن التخلص من الضغوط يكون مرهونا بالتخلص من الأحاديث الذاتية السلبية واستبدالها بأحاديث ذاتية إيجابية، فالتدريب

التحصيني ضد الضغوط يهدف إلى تدريب الفرد على أحاديث الذات الإيجابية. وتشتمل هذه الطريقة على ثلاث مراحل أساسية متداخلة وهي:

المرحلة الأولى: مرحلة التصور العقلي أو تكوين المفاهيم، وفي هذه المرحلة يتعاون المرشد مع الأفراد ويزودهم بالمعلومات التي تمكنهم من فهم ماهية الضغوط وطبيعتها وتأثيراتها السلبية على جوانب شخصية الفرد، فسيولوجيا ومعرفيا وانفعاليا وسلوكيا، ويستخدم في ذلك أسلوب المحاضرة والمناقشة، كما تتضمن هذه المرحلة أيضا تعليم المشاركين كيفية تحديد الأفكار والأحاديث السلبية والانهزامية التي تسهم في شعورهم بالضغط. وطلب المرشد من المشاركين تطبيق هذه الطريقة وتحديد الأفكار والأحاديث السلبية الموجودة لديهم على موقف تعرض له الشخص سابقا، بعد ذلك تم تقديم تغذية راجعة لبعضهم بعضا، وتقديم تغذية راجعة من المرشد للأعضاء.

المرحلة الثانية مرحلة اكتساب المهارات بين المرشد للمشاركين، إن الهدف في هذه المرحلة مساعدة المشاركين على تعلم واكتساب مهارات المواجهة من ناحية المعلومات والسلوكات اللازمة للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها في البيئة، وذلك من خلال تدريب المشاركين على مجموعة من الفنيات مثل التدريب على الاسترخاء، والتحكم في التنفس، والتخيل وأحاديث الذات الإيجابية، وكذلك التدريب على حل المشكلات، وهذا ما تم التدرب عليه سابقا، وقد ركَّز المرشد على أن يتمكن الأفراد من دحض ومقاومة الأفكار السلبية والأحاديث الذاتية السلبية لديهم، كما شدد المرشد على تدريب المشاركين على كيفية التحكم في الاستثارة الانفعالية لديهم عن طريق استخدام الفنيات السلوكية، مثل: التدريب على الاسترخاء، والتدريب على الاستجابات التوكيدية، والواجبات المنزلية التي تتضمن تطبيق وممارسة ما تم تعلمه واكتسابه من مهارات الاسترخاء وتطبيقها في

المنزل وأكد المرشد للمشاركين أن من الفنيات الرئيسية التي تعتمدها هذه الطريقة "استراتيجية الحديث الذاتي أو المحادثة الداخلية" للتدريب عليها في التخلص من الضغوط، وهذه الاستراتيجية تقوم على فرضية "أن الفرد يمكنه مواجهة المواقف الضاغطة والمشاكل والصعوبات التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه في أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة والصادمة التي تواجهه إذا استطاع التخلص من الأحاديث السلبية والانهزامية التي يقولها لنفسه عن نفسه في أثناء تعرضه للمواقف الضاغطة والمؤلمة والصادمة، وقام المرشد بالطلب من الأعضاء تحديد عدد من هذه الأحاديث والأفكار السلبية والانهزامية وكيفية مواجهتها في الحياة اليومية، وبالتالي لا بد للفرد من التعرف إليها وتحديدها واستبدالها بأحاديث ذاتية موجبة، حيث إن الأحاديث الذاتية الموجبة تكون مفيدة في بناء الثقة بالنفس، فعلى سبيل المثال "يستطيع الفرد أن يقول لنفسه أنا استطيع مواجهة هذا الموقف بنجاح بدلا من القول "أنا فاشل، أو الموقف صعب، أو لن استطيع مواجهته. وتتوقف فاعلية هذه الاستراتيجية على اقتناع الفرد بأن ما يردده من أحاديث سلبية تؤدي إلى تفاقم حدة القلق والخوف لديه، ومن ثم عليه العمل على وقف هذه الأحاديث السلبية عن الذات واستبدالها بأخرى إيجابية.

المرحلة الثالثة: مرحلة التطبيق، فيها يشجع المرشد المشاركين على تطبيق ما تعلموه من مهارات لمواجهة الضغوط وتنفيذها على أرض الواقع، وبين المرشد لهم أن بعض الأفراد قد يجدون صعوبة في حل ما يواجههم من مشكلات ومواقف صعبة نتيجة نقص مهارات التدريب على استراتيجية حل المشكلات؛ لذلك يعتبر التدريب على حل المشكلات استراتيجية فعالة في التعامل مع المواقف الضاغطة، وقد تم تدريب المشاركين عليها سابقا. فمن خلال هذا الاستخدام والتطبيق العملي للمهارات في البيئة يتم التأكد من مدى

فاعليتها، ومن ضمان عدم عودة الفرد إلى الشعور بالقلق والضغط، والوقاية من الانتكاسة، وفي النهاية يتم لفت نظر الفرد إلى أن ما حققه من نجاح إنما كان نتيجة جهده الخاص وأنه المسؤول عما حدث له، وأنه بإمكانه خفض الضغوط والقلق لديه. وقد طلب المرشد من عدد من الأعضاء القيام بلعب دور أمام المشاركين بتمثيل موقف يتضمن استراتيجية التحصين ضد الضغوط، وقام المشاركون بتقديم تغذية راجعة حول لعب الدور كما قام المرشد بتقديم تغذية راجعة وتصحيح المعلومات الخطأ.

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة والتأكيد على الواجبات البيتية: الاسترخاء العضلي، وصرف الانتباه، ووقف التفكير، وتفنيد الأفكار اللاعقلانية، وحل المشكلات، بالإضافة إلى استراتيجية التحصين ضد الضغوط.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
العاشرة	تقليل الحساسية بالعين	120 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. تقديم معلومات عن استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة.
2. تدريب المشاركين على تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة.

الفنيات المستخدمة

1. لعب الدور والنمذجة.
2. المناقشة والحوار.
3. تزويد المشاركين بالمعلومات.

4. التغذية الراجعة.

الأدوات المستخدمة

1. سلسلة لعمل حركات بندولية.

2. كراسي مريحة.

3. كرة ملونة.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة رحب المرشد بالمشاركين، وطلب من الأعضاء تلخيص ما تم في الجلسة السابقة، بطريقة النشاط المعروفة سابقا، حيث جلس المشاركون بطريقة دائرية وطُلب من الشخص الذي بيده الكرة أن يتحدث بنقطة واحدة فقط مما دار في الجلسة السابقة، ثم يقوم المشارك برمي الكرة إلى مشارك آخر وهكذا....... إلخ، فقام الأعضاء بذكر ما تم في الجلسة السابقة، وأكد المرشد النقاط التي ذكرها الأعضاء، وذكرهم بالنقاط التي لم يذكروها. ثم سأل المرشد الأعضاء عن الواجب البيتي الذي أعطي لهم، وقام المرشد والمشاركون بإجراء مناقشة حول التحديات التي واجهتهم في أثناء تطبيق الواجب وتقديم تغذية راجعة للمشاركين.

وبعد ذلك، قام المرشد بسؤال المشاركين عن استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة، ودار حوار ونقاش مع المشاركين حول هذا الاستراتيجية، وتبين أن المشاركين لا يعرفون شيئاً عن هذا الاستراتيجية، فقام المرشد بإعطاء المشاركين معلومات عن استراتيجية تقليل حساسية حركة العين وإعادة المعالجة (**EMDR**).

الهدف من هذه الطريقة هو تفكيك الذكرى عن الانفعال عن طريق حركات العينين باتباع حركات أصابع المعالج، وتسمى Eye Movement Desensitization and reprocessing، حيث يطلب المرشد من الفرد تخيل حدث صدمي، وعليه أن يركز على

الأفكار والاستجابات الوجدانية، وفي الوقت نفسه يتبع حركات أصابع المرشد السريعة (أو حركة السلسلة البندولية) من اليمين إلى اليسار أو العكس بواقع حركتين كل ثانية، وفي نهاية كل جزء أو مشهد يصف الفرد بدقة الأفكار وردود الفعل الانفعالية. تتكرر المشاهد حتى يتوقف الفرد عن الإحساس بالقلق، ويتمكن من تبني أفكار موجبة في الوقت نفسه الذي يستمر فيه تخيل المشاهد الصدمية، وقام المرشد بتطبيق هذه الطريقة على المشاركين بواقع خمس دقائق لكل فرد. كما قام عدد من المشاركين بتطبيق هذا الاستراتيجية على بعضهم بعضاً، وبعد ذلك تم إجراء حوار ونقاش حول هذه الطريقة مع المشاركين.

وفي نهاية الجلسة طلب المرشد من الأعضاء تلخيص ما دار في الجلسة، وطلب منهم أن يقوموا بتطبيق هذه الطريقة والطرق الأخرى كواجب بيتي. وتم إخبار الأفراد أن الجلسة القادمة ستكون هي الجلسة الأخيرة.

الجلسة	عنوان الجلسة	الوقت	مكان الجلسة
الختامية	التقييم	90 دقيقة	مكتب مؤسسة نور الحسين مخيم الرمثا/ الحدائق

الأهداف

1. مراجعة ما تم تعلمه في الجلسات السابقة.
2. تطبيق مقياس الدراسة البعدي.
3. أخذ تغذية راجعة حول ما تم الاستفادة منه.
4. شكر المشاركين على حضورهم والتزامهم خلال البرنامج.

الفنيات المستخدمة

1. المناقشة والحوار.

2. تزويد المشاركين بالمعلومات.

3. التغذية الراجعة.

4. التعزيز اللفظي.

الأدوات المستخدمة

1. أقلام وورق.

2. مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة.

إجراءات الجلسة

في بداية الجلسة رحب المرشد بالمشاركين، وطلب منهم تلخيص جميع ما تم تعلمه في الجلسات السابقة، ودار حوار ومناقشة مع الأعضاء عن الطرق السابقة وأهميتها، وقام المرشد بتقديم تغذية راجعة للمشاركين حول الفنيات التي تم استخدامها في البرنامج وتصحيح المعلومات غير الصحيحة الموجودة عند بعضهم، ثم سأل المرشد المشاركين فيما إذا كان عند أحدهم استفسارات حول البرنامج الإرشادي، ودار حوار ونقاش حول البرنامج واضطراب الضغوط التالية للصدمة وما هو مستقبل من لم يتلقَ العلاج من هذا الاضطراب، بعد ذلك طلب المرشد من المشاركين الاستجابة لمقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة، وفي نهاية الجلسة شكر المرشد المشاركين على حضورهم والتزامهم بالبرنامج والتزامهم بالقواعد التي وضعت في بداية الجلسات، وتمنى المرشد للجميع التوفيق، وأخبر المرشد المشاركين بأنه سيعود بعد شهر لتطبيق المقياس مرة أخرى.

ملحق (6)

أسماء المحكمين

الرقم	المحكم	التخصص	الجامعة
1	الأستاذ الدكتور نزيه حمدي	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الأردنية
2	الأستاذ الدكتورة نسيمه داود	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الأردنية
3	الدكتور عبد الكريم جرادات	الإرشاد النفسي والتربوي	جامعة اليرموك
4	الدكتورة سعاد غيث	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الهاشمية
5	الدكتور جلال الضمرة	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الهاشمية
6	الدكتور عادل طنوس	الإرشاد النفسي والتربوي	الجامعة الأردنية

ABSTRACT

Al-Ibraheem, Mwafaq Taleb. (2013). The Effect of Cognitive Behavioral Counseling Program in Reducing The Level of Post-traumatic Stress Disorder Among a Sample of Displaced Syrians to Jordan.Ph.D.Dissertation, Yarmouk University. (Supervisor: Dr Qassem, Sammour).

This study aimed at identifying the Level of post-traumatic stress disorder among a sample of displaced Syrians in Jordan, and determine the effect of a cognitive behavioral counseling program in reducing the post-traumatic stress disorder on them.

The study population consisted of all syrians displaced to Jordan, who has totaling (430000) until February of 2013. And the sample of the study consisted of (310) individual from Syrians displaced to Jordan - male and female -who are living in the camp of Ramtha/ gardens, they were selected randomly, and has been applied scale of post-traumatic stress disorder of Davidson (1987) on them, and the degree of consistency by using the test- retest (0.697) and the value of Alpha Cronbach was (0.89).

A sample of (24) individuals who achieved the highest scores on the post-traumatic stress disorder scale, they were randomly assigned to two groups: an experimental group which consisted of (12) individual, and a control group (12) individual. Members of the experimental group received cognitive behavioral counseling program, while members of the control group did not have any treatment.

The results of the study showed that:

The results revealed that 47.7% of respondents suffered from post-traumatic stress disorder.

- The results of ANCOVA found statistically significant differences at the level of significance (=α 0.05) between the experimental group and the control group on the degree of the post-traumatic stress disorder scale in favor of the experimental group after termenation of the program

directly, and that mean the cognitive-behavioral counseling program has a positive impact in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder.

-The results of the (T) test revealed that there were no statistically significant differences at the level of significance (=α 0.05) between the scores of the experimental group on the post-traumatic stress disorder scale after the completion of the program directly and their scores on the same scale after one month of follow up.

Keywords: Cognitive behavioral Counseling Program, post-traumatic stress disorder, the displaced people.